Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 3–4 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. **O. Bollinger,** München. **H. Curschmann,** Leipzig. **C. Gerhardt,** Berlin. **W. v. Heineke,** Erlangen. **G. Merkel,** Nürnberg. **J. v. Michel,** Würzburg. **H. v. Ranke,** München. **F. v. Winckel,** München. **H. v. Ziemssen,** München.

№ 5. 1. Februar 1898 — Redacteur: **Dr. B. Spatz,** Ottostrasse 1. Verlag: **J. F. Lehmann,** Landwehrstrasse 70. — 45. Jahrgang.

Originalien.

Ueber Arteriosklerosis und Arteriitis.*)

Von Prof. Dr. *Ch. Bäumler* in Freiburg i. Br.

M. H.! Nicht bloss bei Laien, sondern auch unter Aerzten ist es eine weitverbreitete Ansicht, dass die als «Arteriosklerose» zusammengefassten Veränderungen eine mit dem Altern des Körpers unabänderlich zusammenhängende Erscheinung seien. Man stellt sich vor, dass in vorgerückteren Lebensjahren, bei dem Einen etwas früher, bei dem Anderen später, bei Männern häufiger und in stärkerem Maasse als beim weiblichen Geschlecht, eine in der Aorta beginnende, langsam nach den Endverzweigungen des Arteriensystems fortschreitende Erkrankung der Arterienwand sich ausbilde. Die Veränderung wird so auf eine Stufe gestellt mit dem Ergrauen der Haare, dem Faltigwerden der Haut und anderen alltäglichen Erscheinungen des Alterns.

Klinisch ist es vor Allem das sichtbare Hervortreten und die Schlängelung oberflächlich gelegener, wie z. B. der Temporal-Arterien, die erhöhte Spannung des Pulses, die fühlbare Verdickung und Härte der Arterienwand, die mehr oder weniger ausgesprochene Hypertrophie des Herzens, woraus wir am Lebenden die Diagnose der Veränderung stellen und wonach in vielen Fällen die Eingangs erwähnte Anschauung eine Bestätigung zu erhalten scheint.

Achtet man jedoch bei Sectionen genauer auf die Beschaffenheit der Arterien, so hat man oft genug Gelegenheit, sich darüber zu wundern, dass selbst bei sehr alten Leuten, bei 70-, ja 80-jährigen Männern, nichts von den erwarteten Veränderungen vorhanden ist. Nicht einmal die so häufig anzutreffenden Verdickungen der Intima finden sich in der aufsteigenden Aorta, geschweige denn atheromatöse Geschwüre und Kalkplatten, oder gar eine über das ganze Arteriensystem verbreitete Veränderung. Wohl aber findet man andererseits oft schon bei jüngeren Individuen, selbst solchen, die noch nicht das 30. Lebensjahr überschritten haben, da und dort im Arteriensystem vereinzelte platte Verdickungen und Trübungen der Gefässhäute, besonders häufig an einer oder der anderen Arterie an der Gehirnbasis, oder an einer Kranzarterie des Herzens, oder in irgend einem anderem Arteriengebiet. Und bekannt genug sind ja die gefährlichen Erkrankungen, welche namentlich am Herzen und am Gehirn eine derartige, ganz herdweise auftretende Arterienveränderung im Gefolge haben kann, ohne dass man bis zum Eintreten dieser oft tödtlich verlaufenden Zufälle auch nur eine Ahnung von dem Vorhandensein einer Arterienerkrankung hatte.

Dass solche herdweisen Arterienveränderungen überhaupt ausserordentlich ungleich über das Arteriengebiet verbreitet sind, dass z. B. bei älteren Leuten die Hauptveränderung im untersten Theil der Bauchaorta sich findet, während der aufsteigende und überhaupt der Brusttheil der Aorta so gut wie frei sind, dass sehr erhebliche Veränderungen irgend eines peripheren Arteriengebietes, wie z. B. der intracraniellen Arterien, durchaus nicht mit entsprechenden Veränderungen an der Aorta ascendens verbunden zu sein brauchen, davon sich zu überzeugen hat man häufig Gelegenheit.

Einer solchen herdweisen Veränderung steht eine ebenfalls schon bei jüngeren Menschen, selbst im Kindesalter vorkommende diffuse Arterienverdickung gegenüber, bei welcher es sich um eine ziemlich gleichmässig das Arteriensystem, besonders dessen periphere Ausbreitung betreffende Verdickung der Gefässwand handelt. Daneben können anatomisch in den grösseren Arterien sklerotische und atheromatöse Herde vorhanden sein, an den kleineren und kleinsten aber findet man hauptsächlich diffuse Wandverdickung, die mehr oder weniger alle Häute des Gefässrohrs betrifft, unter Umständen als eine diffuse Hypertrophie der Arterienhäute betrachtet werden kann.

Dieser Form der Veränderung entspricht am Lebenden der harte, oft zusammengezogene, sogenannte «Drahtpuls» Nierenkranker, wie er in allen Lebensaltern in Fällen von chronischer interstitieller Nephritis angetroffen wird.

Der klinische Begriff Arteriosklerose deckt sich also keineswegs mit dem pathologisch-anatomischen. Während die klinischen Erscheinungen auf diffuse Veränderungen hinzudeuten scheinen, finden wir pathologisch-anatomisch bald nur ganz vereinzelte kranke Herde, bald allerdings auch wirklich diffuse Veränderungen in den Arterien, und letztere ebenso zuweilen schon in ganz jugendlichem Alter, wie bei Greisen, wie wir andererseits herdweise Erkrankung auch schon bei jüngeren Individuen antreffen und wiederum bei sehr alten, im Uebrigen völlig greisenhaften Menschen vermissen können.

Dieses Verhalten deutet doch wohl darauf hin, dass die herdweisen Veränderungen in anderer Weise zu Stande kommen müssen, als die diffusen. In der That haben, wie Sie wissen, bereits vor Jahren Köster[1]) auf entzündliche, und Thoma[2]) in seinen ausgedehnten Arbeiten über Arteriosklerose auf traumatische Ursachen (umschriebene Ueberdehnung) als letzten Grund für herdweise sklerotische Veränderungen aufmerksam gemacht. Ersterer lässt von den Vasa vasorum her umschriebene Entzündungsherde in der Arterienwand zu Stande kommen, Letzterer sieht in der Verdickung der Arterienwand ein die traumatische Schädigung des Wandgefüges compensirendes Moment.

Die Anschauung, dass entzündliche, insbesondere infectiös-entzündliche Veränderungen, ausgehend von den Vasa vasorum, herdweise Erkrankung in den Arterienhäuten hervorbringen können, hat insbesondere in Frankreich eine ganze Anzahl von Vertretern, unter welchen besonders Hippol. Martin[3]), E. Barié[4]), Therèse[5]) genannt seien. Bei den verschiedensten Infectionskrankheiten (Diphtherie, Typhus, Variola, Influenza u. a.) konnten die Genannten und Andere schon bei jüngeren Individuen, ja bei Kindern, umschriebene Herderkrankung in den Arterien nachweisen. Bacteriell-embolische Processe in den Adventitiagefässen und den Vasa vasorum oder Endarteriitis obliterans solcher, durch toxische Einflüsse entstanden, werden von ihnen als Ursache umschriebener Nekrosen und secundärer Entzündung in der Arterienwand angesehen.

*) Vortrag, gehalten im Verein Freiburger Aerzte am 24. Juni 1897.

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1875, S. 322 und 1876, S. 454.
[2]) Virch. Arch. Bd. 104, 105 u. 106.
[3]) Revue de Méd. B. I, 1881, S. 369.
[4]) Ibid.; B. IV, 1884, S. 1.
[5]) L. Therèse: Etudes anat. path. et expérim. des artérites secondaires aux malad. infect. Paris 1893.

Eine derartige Auffassung hat etwas sehr Bestechendes. Sie würde uns das Auftreten ganz vereinzelter Herde, da oder dort im Gefässsystem, in grossen wie in kleineren Arterien erklärlich machen. Sie würde der chronischen Endarteriitis, welche die Hauptgrundlage der Arteriosklerose bildet, eine Arteriitis acuta an die Seite stellen. Letztere kann unter Umständen der Ausgangspunkt für die erstere werden. Und wenn wir von diesem Standpunkt aus das ganze hier in Betracht kommende Gebiet der acuten und chronischen Arterienveränderungen überblicken, so könnten wir sagen, wir haben

1. Fälle von acuter, entzündlicher, herdweise auftretender Arterienerkrankung, Arteriitis acuta;

2. Fälle von chronischer, aus vielen Einzelherden sich zusammensetzender, hauptsächlich in den inneren Gefässhäuten localisirter Erkrankung, die gewöhnliche Arteriosklerosis oder Endarteriitis deformans chronica;

3. Fälle mit diffuser Verdickung der Arterienwand ohne oder mit Herden der 2. Form.

Auf das sehr grosse Gebiet der Ursachen der Arteriosklerose (2. und 3. Form) gedenke ich heute nicht einzugehen.[6]) Nur des so häufig als Ursache der Arteriosklerose beschuldigten übermässigen Alkoholgenusses will ich Erwähnung thun, aber nicht sowohl um dessen toxische, als um die mechanischen Wirkungen der übermässigen Getränkezufuhr dabei in den Vordergrund zu stellen. Die Berücksichtigung der mechanischen Verhältnisse im Kreislauf ist für das Verständniss der Pathogenese der in Rede stehenden Arterienveränderungen überhaupt unerlässlich, denn mechanische Momente sind es vornehmlich, die für die Verallgemeinerung der krankhaften Vorgänge im Arteriensystem von wesentlichstem Einfluss sind. Die erste Rolle spielt hiebei die Drucksteigerung. welche jedesmal eintritt, wenn durch Einbusse an Elasticität der grösseren Arterien in Folge von zahlreichen Erkrankungsherden, oder wenn durch Vermehrung der Widerstände im peripheren Theil des Arteriensystems in Folge von vielleicht toxischer Erhöhung des Gefässtonus, wie bei der chronischen Nephritis, sich Hypertrophie des linken Ventrikels ausbildet. Im ersteren Fall, wenn also die Aorta der Ausgangspunkt der Erkrankung ist, wird durch die in Folge der Einbusse an Elasticität hervorgerufene Spannungserhöhung eine erhöhte Disposition zum Erkranken in den peripheren Verzweigungen des Arteriensystems gesetzt, im zweiten wirkt die peripher entstehende Druckerhöhung auf die vielleicht Anfangs noch ganz unbetheiligt gewesenen grösseren Arterien, insbesondere die Aorta, zurück, indem durch die dann leicht zu Stande kommende Ueberdehnung wahrscheinlich zunächst kleine Zerreissungen der Media erzeugt werden.

Andauernde oder häufig sich wiederholende Steigerung des Blutdrucks wird auf die Muscularis der kleinen Arterien eine ähnliche Wirkung haben müssen, wie auf den Herzmuskel selbst. Es wird an ersterer, wie dies Sir G. Johnson[7]) schon vor Jahren behauptete, eine Arbeitshypertrophie zu Stande kommen wie an letzterem, und wenn wir an der Wandverdickung der Arterien, soweit sie deren Muscularis betrifft, ein Analogon der Herzhypertrophie haben, so könnte man in den arteriosklerotischen Herden der Wand grösserer Arterien ein Analogon der herdweisen Myocarditis sehen.

Kann nun aber auch über das Bestehen derartig verschieden localisirter, und ihrem Wesen nach von einander verschiedener Erkrankungen, einer herdweisen und einer diffusen Arteriosklerose, kein Zweifel bestehen, so sind die Meinungen doch noch sehr getheilt, vor Allem über die Art des Entstehens der herdweisen acuten und chronischen Arteriitis. Selbst in Frankreich, wo eine grössere Zahl von Pathologen den vorhin erwähnten Standpunkt einnimmt, und die Erkrankung zuerst in der Media, von den Vasa vasorum aus, entstehen lässt, fehlt es doch auch nicht an Widerspruch. So hat A. Brault[8]) in 2 Schriften es neuerdings besonders betont, dass bei der Mehrzahl der Infectionskrankheiten eine Affection der feinsten Arterien nur ausnahmsweise vorkomme, und dass, wenn in grösseren Arterien Herde sich fänden, der Process vielmehr in der Intima beginne, also von dem vorbeiströmenden Blute aus hervorgerufen werde, und dass die Media erst secundär erkranke. Hilbert und Lion[9]) fanden nach Einspritzung eines bei Endocarditis gefundenen Bacillus Herde in der Intima mit nur geringer Betheiligung der Media und Freisein der Adventitia.

Mag nun aber der arteriitische Process auf die eine oder die andere Art, von der Intima ausgehend, oder durch die Vermittlung der Vasa vasorum in der Media zuerst auftreten, die grosse praktische Wichtigkeit dieser Veränderungen bleibt die gleiche, und nächst dem vor Allem wichtigen Bestreben, der Entstehung solcher Veränderungen überhaupt nach Möglichkeit vorzubeugen, steht an Bedeutsamkeit das frühzeitige Erkennen solcher herdweiser Erkrankung, insbesondere an Gefässgebieten, welche für den Gesammtkreislauf oder die Ernährung besonders lebenswichtiger Organe oder Bezirke eines Organs von Wichtigkeit sind. Dahin gehört die Erkrankung der Aorta ascendens, dann vor Allem die der Coronararterien des Herzens, der basalen und intracerebralen Arterien, der Arterien, welche von der Aorta abgehen und endlich auch der Extremitätenarterien. Ist Erkrankung des letzteren nach den Arbeiten von Zoege v. Manteuffel[10]), v. Winiwarter[11]), Edgar Weiss[12]) u. A. auch in den Anfangsstadien, schon vermöge der Lage der betreffenden Arterien, leicht zu erkennen, so wird die Mehrzahl der übrigen genannten Localisationen in der Regel erst vermuthet oder sicher erkannt, wenn durch zunehmende Verengerung oder schliesslich hinzugetretenen thrombotischen Verschluss der betreffenden Arterien bereits unheilbare secundäre Veränderungen (Myomalacie des Herzens oder Herzruptur, Gehirnerweichung u. dergl.) eingetreten sind.

Vieles ist auf diesem Gebiete noch zu thun, um Anzeichen aufzufinden, aus denen auch schon die weniger weit fortgeschrittene herdweise Veränderung einzelner Arteriengebiete innerer Organe mit einiger Sicherheit erkannt werden könnte. Um hierzu beizutragen, ist zunächst noch eine beträchtliche Vermehrung des Thatsachenmateriales durch sorgfältige pathologisch-anatomische Untersuchung der Hauptarteriengebiete bei Personen jeden Alters und Vergleich der während des Lebens etwa vorhanden gewesenen und möglicherweise auf die Arterien zu beziehenden Erscheinungen mit den gefundenen Veränderungen wünschenswerth. Nicht einmal über die grobanatomischen Veränderungen an den grössten Arterien bei verschiedenen Bevölkerungsclassen, in verschiedenen Gegenden und bei verschiedenen Racen sind bis jetzt genügende Erfahrungen gesammelt.

Bei Beurtheilung von Krankheitsfällen, in welchen eine bedeutende Spannungserhöhung im Arteriensystem besonders hervortritt, in welchen also weitverbreitete herdweise Arteriosklerose oder eine von Anfang an diffuse Arterienveränderung, wie bei Nephritis interstitialis, in Betracht kommen könnte, darf man übrigens nicht ausser Acht lassen, dass die am Lebenden sicht- und fühlbaren Veränderungen des Arteriensystems auch auf blosser, etwas länger dauernder, aber vorübergehender Spannungserhöhung im Arteriensystem beruhen können. Solche kommt zuweilen vor bei acuter Nephritis mit bedeutender Verminderung der Harnausscheidung oder völliger Anurie, ferner bei Bleivergiftung mit acuten Erscheinungen ohne bereits bestehende Nephritis. In derartigen Fällen können die Schläfen- und sonstigen oberflächlichen Arterien ebenso geschlängelt, es kann der Puls ebenso gespannt und hart erscheinen, wie bei diffuser Arteriosklerose in Folge von Nierenschrumpfung, aber es fehlt die Vermehrung der Wanddicke der Arterien und die Pulscurve zeigt zwar die Erscheinungen der Spannungserhöhung, aber nicht die der verminderten Elasticität der Arterien.

---

[6]) Ausführlich habe ich dieselben besprochen in dem Abschnitte über Behandlung der Arteriosklerose in Penzoldt und Stintzing's Handbuch der spec. Therapie innerer Krankheiten. Band III.

[7]) Med. chir. Transact. Bd. 56, 1873, S. 139.

[8]) A. Brault: Les artérites, leur rôle en pathologie. — Artérites et scleroses. Paris. Encycl. scient. des aides-mémoire.

[9]) Artér. infect. expérimentales. Soc. de Biol. 1889. Cit. b. Brault.

[10]) Deutsche med. Wochenschr. 1893, 8. Arch. f. klin. Chir. B. 42. S. 569.

[11]) Archiv f. klin. Chir. B. 23. S. 202.

[12]) Deutsche Zeitschr. f. Chir. B. 39 u. 40.

Durch Zusammenwirken der Klinik mit der pathologischen Anatomie wird es vielleicht mit der Zeit gelingen, manche der Lücken auszufüllen, welche auf diesem Gebiete noch bestehen und namentlich dem Arzte in der Praxis sich aufdrängen, und durch die dann gewonnene Möglichkeit frühzeitigeren Erkennens der Erkrankung an einzelnen Arteriengebieten gefährlichen Folgen vorzubeugen oder dieselben wenigstens hinauszuschieben.

Ueber Züchtung von Thierlymphe.*)

Von Dr. *L. Stumpf*, k. Centralimpfarzt.

Für viele in angestrengter praktischer Thätigkeit stehende Aerzte findet die Kenntniss von dem heutigen Stande der Schutzpockenimpfung ihren engbegrenzten Ausdruck in der Vornahme einer kleineren oder grösseren Anzahl von Privatimpfungen und in der vorgeschriebenen Berichterstattung über dieselben am Ende jedes Kalenderjahres. Wenn die Lymphe immer wirksam war und in wünschenswerthem Grade anschlug, dann pflegt für den Praktiker die Sache gut und erledigt zu sein. Viel weniger einfach sieht sich aber die Durchführung der öffentlichen Schutzpockenimpfung von der Werkstätte der Lymphegewinnung aus betrachtet an. Wer an der Lymphe production zu arbeiten hat, dem bleiben mancherlei seltsame Erlebnisse, ja selbst die mannigfachsten Enttäuschungen nicht erspart. Wenn ich es versuche, Sie heute mit den Erlebnissen und Enttäuschungen eines Arbeitsjahres bekannt zu machen, so glaube ich manchem von Ihnen etwas Neues zu bieten; denn der Bericht über die Erlebnisse eines Arbeitsjahres führt direct in's Gebiet des Wissens und der Hypothese.

In der Frage über das Wesen des Pockenvirus theilen sich auch heute noch die Aerzte in 2 Lager. Der eine Theil der Impfärzte bekennt sich zu dem Satze, der das Ergebniss der Berathungen und Untersuchungen der sog. Lyonneser-Commission vom Jahre 1865 zusammenfasst in den Worten: «Die Variola lässt sich auf das Rind verimpfen, aber sie wandelt sich, indem sie durch den Körper dieses Thieres hindurchgeht, keineswegs in Vaccine um. Sie bleibt vielmehr Variola und nimmt sofort wieder alle Charaktere der Variola an, sobald man sie auf den Menschen überträgt». Dieser vorzugsweise von den Franzosen unter der Führung Chauveau's verfochtene Satz ist die Lehre der Dualisten. Im Gegensatze hiezu sind die deutschen Impfärzte, d. h. im engeren Sinne die Vorstände der deutschen Lymphegewinnungsanstalten, mit Ausnahme von Dr. Pissin in Berlin, welcher noch am Dualismus festhält, überzeugte Unicisten; sie bekennen sich also zu dem Satze, dass der Ursprung der sog. originären Kuhpocken nur in der menschlichen Vaccine oder Variola liegen kann. Für die beiderseitigen Anschauungen sind natürlich gewichtige Beweismomente in's Feld geführt worden, die zum Theile schon weit zurückliegen. Schon im Jahre 1839 machte Thiele in Kasan bekannt, dass es ihm gelungen sei, durch Ueberimpfung von Variola auf junge Kühe echte vaccinale Pusteln zu erzielen, welche bei der Fortzüchtung durch mehr als 75 Generationen ihre volle Wirksamkeit beibehalten hätten. Der Engländer Ceely impfte in dem gleichen Jahre 3 junge Kühe mit Blatterngift und erzielte echte vaccinale Pusteln, deren Inhalt auf Kinder überimpft, lediglich wieder zur Entstehung von Vaccinepusteln führte. Die Wirksamkeit dieser Vaccine erprobte sich an einer Folge von 60 Generationen. Nicht so glücklich wie diese ebengenannten Experimentatoren war unser bayerischer Impfarzt Dr. Reiter, dem trotz seiner sonst so vorzüglichen Impftechnik die erfolgreiche Impfung von Kühen mit Variolagift nicht gelingen wollte. Erst gegen Ende des Jahres 1839 sah er nach mehr als 50 misslungenen Versuchen eine Pustel auf der geimpften Kuh sich entwickeln, welche einer Vaccinepustel zum Mindesten sehr ähnlich war. Als aber Reiter nach der Ueberimpfung des Inhaltes dieser Pustel auf ein Kind hier nach Verlauf von 10 Tagen 2 Pusteln und ausserdem an verschiedenen Stellen des Körpers eine Anzahl von varicellenähnlichen Papeln entstehen sah, deutete er dieses Vorkommniss dahin, dass die Umwandlung des Variolagiftes in Vaccine nicht erfolgt, sondern dass es Variola geblieben sei.

Von da an ruhte die Frage eine Reihe von Jahren hindurch bis zu den Versuchen, welche auf diesem Gebiete von der aus den Herren Chauveau, Viennois und Meynet bestehenden Commission angestellt wurden. Das Ergebniss dieser Commission hat in dem schon wiedergegebenen Satze Ausdruck gefunden. Im Gegensatze hiezu hat unser verehrter derzeitiger Vereinsvorstand, Herr Obermedicinalrath Dr. Bollinger, in 2 ausgezeichneten, im Winter 1876/77 gehaltenen Vorträgen der Lehre von der Unicität des Variola- und Vaccinevirus eine mächtige Stütze verliehen. Diese beiden Vorträge sind in der Volkmann'schen Sammlung unter dem Titel: «Ueber Menschen- und Thierpocken, über den Ursprung der Kuhpocken und über intrauterine Vaccination» erschienen. Seitdem ist der Satz der Commission von Lyon durch eine Anzahl einwandfreier positiver und wohlgelungener Versuche genügend widerlegt und richtig gestellt worden. Aus diesen von Dr. Vy in Elboeuf, Senfft in Wiesbaden, Voigt in Hamburg, Fischer in Carlsruhe, Eternod und Haccius in Genf, Hime in Bradford und Freyer in Stettin mit Erfolg vollzogenen Ueberimpfungen auf Rinder und der Fortzüchtung der dadurch erhaltenen Vaccinelymphe durch eine mehr minder grosse Anzahl von Generationen wollen wir nur den einen gelungenen Versuch meines verehrten Freundes, des Medicinalrathes Dr. Fischer in Karlsruhe, herausgreifen, weil er ganz besonders typisch sich abgespielt hat. Herr Dr. Fischer impfte in Pforzheim am 2. April 1886 den Pockeneiter einer aus Oesterreich zugereisten, an Blattern erkrankten Frau auf ein in die Blatternbaracke eingestelltes 4 Wochen altes Kuhkalb, und es entwickelten sich auf diesem 9 tadellose, perlmutterglänzende, echt vaccinale Pusteln, die sich durch 12 Thiergenerationen mit vollkommenem Erfolge fortzüchten liessen und dann, auf einzelne Kinder verimpft, die wohlbekannten und gewohnten Vaccinepusteln zur Entwicklung brachten. Chauveau's Kritik dieser positiven Versuche, sowie sein Einwand, dass die in den Impfinstituten stehenden Versuchsthiere gleichzeitig mit dem hier gezüchteten Vaccine- und Variolagifte inficirt worden seien, kann angesichts des Vorgehens Dr. Fischer's, dessen Versuchskalb mit der Impfanstalt gar nicht in Berührung kam, das ausserdem mit neuen Instrumenten behandelt wurde, schlechterdings nicht aufrecht erhalten werden. Ja selbst wenn nur dieser eine positive Versuch existiren würde, könnte im Zusammenhalte mit der auffallend regelmässig beobachteten Coincidenz der Fälle von Menschenblattern und sog. originären Kuhpocken von Melkvieh die Unicität der beiden Gifte als zweifellos feststehend angesehen werden. Der Glaube an den Dualismus der beiden Gifte muss schon durch einen einzigen solchen einwandfreien Versuch, wie es jener Dr. Fischer's vom Jahre 1886 ist, zum Fallen gebracht werden. Es folgte jedoch noch ein zweiter gelungener Versuch im Jahre 1890 nach. Eine im badischen Oberlande im Februar 1890 ausgebrochene Pockenepidemie bot die willkommene Gelegenheit, frischen Menschenpockeneiter in reichlicherer Menge zu sammeln. Ein mit diesem in Glycerin verriebenen Stoffe geimpftes Kalb zeigte am 5. Tage die schönsten localisirten Kuhpocken, von denen sich der gewonnene Stoff mit vorzüglichem Erfolge weiterzüchten liess. Dieses Mal wurde die Lymphe schon in 3. Generation auf Fischer's eigenen Enkel verimpft und in weiterer Descendenz bereits zu den öffentlichen Impfungen im Landbezirke Karlsruhe verwendet und zwar überall mit dem gleichen befriedigenden Erfolge. Die auch vielfach missglückten Versuche können an dem Schlusssatze nichts ändern, dass das Variolagift beim Durchgang durch den Körper des Rindes den schlimmen Charakter einer allgemeinen Erkrankung abstreift und zur unschädlichen, lediglich auf die Impfstellen beschränkten Vaccine wird, welche, auf den Menschen verimpft, immer wieder nur die ungefährlichen localisirten Impfblattern hervorbringt.

Solche missglückte Versuche haben schon mehrmals stattgefunden, und es könnte vielleicht Befremden erregen, dass solch' geübten Impfärzten, wie es jene zu Hannover, Berlin, Darmstadt, Hamburg und Dresden waren, die Ueberimpfung der Variola auf Kälber misslungen ist.

Hiefür gibt es aber Erklärungsgründe, und diese Erklärungsgründe neigen alle zu dem einen Ziele hin, dass eine Anzahl von besonders günstigen Umständen concurriren muss, wenn die Uebertragung von Variola auf das Kalb voll und ganz gelingen soll. Auch über diesen Punkt gibt uns Fischer den promptesten Aufschluss. Da der Zeitpunkt der höchsten Wirksamkeit des

*) Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein München.

Inhaltes der Variolapocke noch nicht bekannt ist, so gebrauchte Fischer die Vorsicht, von seiner Blatternkranken im Jahre 1886 an vier aufeinanderfolgenden Tagen, nämlich vom 30. März bis zum 3. April einschliesslich, Pockeninhalt zu entnehmen. Er erhielt demnach einen Stoff von verschiedenen Reifegraden. Ferner wurden die Pockenpusteln nicht etwa bloss durch Stich entleert, sondern es wurde die Pustel ausgeschabt und ausgekratzt, so dass möglichst viel Material vom Pockenboden gewonnen wurde. Endlich wurde auf Grund der Erfahrung, dass das Pockengift auf dem Rinde keineswegs leicht haftet, eine möglichst intensive Impfmethode gewählt, indem das Impfmaterial möglichst sorgfältig mittels einfachen und Kreuzschnitten, sowie theilweise mittels Flächenschraffirung und Scarificationsschnitten auf den Thierkörper inserirt wurde. Ist es Angesichts der nöthigen Concurrenz dieser günstigen Umstände und Vorsichtsmaassregeln so sehr verwunderlich, wenn den gelungenen Versuchen mindestens ebensoviel misslungene gegenüberstehen?

Auf einen solchen misslungenen Versuch blicke auch ich zurück, da ich im vergangenen Jahre 3 Kälber mit dem aus einem Falle von Variolois gewonnenen Impfmateriale, das freilich äusserst dürftig war und durch sein Aussehen schon die grössten Zweifel an dem Gelingen des Versuches wachrufen musste, impfte. Die Impfung schlug in allen Fällen gänzlich fehl. Solche Erlebnisse können jedoch den Glauben an die Möglichkeit der Fortzüchtung der Variola-Vaccine in keiner Weise wankend machen. Schliessen ja doch schon die Persönlichkeiten der Beobachter, denen diese Fortzüchtung der Variola-Vaccine durch eine grosse Anzahl von Generationen gelungen ist, jeglichen Zweifel an der Durchführbarkeit dieser Lymphezüchtung aus!

Der fehlgeschlagene Versuch der Züchtung von Variola-Vaccine war aber noch lange nicht das grösste Missgeschick, das die b. Centralimpfanstalt im vergangenen Jahre zu erleben hatte. Bisher war hier noch Retrovaccine gezüchtet, und diese zur Durchführung der öffentlichen Schutzimpfung innerhalb der Landesgrenzen verwendet worden. Die Erfolge, welche mit dieser Retrovaccine in unserem engeren Vaterlande erzielt wurden, waren besonders in den letzten Jahren bis zu einem Punkte gelangt, der dem Ideal sehr nahe war. In Landesgebieten, in welchen seit Jahren vielfach Lymphe aus anderen Bezugsquellen zur Verimpfung zu kommen pflegte, hat unsere Retrovaccine durch ihre Wirksamkeit die Concurrenz mit den verschiedensten importirten Lymphesorten siegreich bestanden. Die alljährlich zur Veröffentlichung kommenden Generalberichte über das Ergebniss der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern geben von dieser augenscheinlichen Thatsache ein deutliches und anschauliches Bild. Die gleichfalls aus diesen Berichten hervortretende Thatsache, dass der Import der verschiedensten deutschen und ausserdeutschen Lymphesorten in die erwähnten Landestheile von Jahr zu Jahr abnahm, ist einzig und allein auf die vorzüglichen Erfolgziffern zurückzuführen, welche mit der seitens der b. Centralimpfanstalt zur Versendung und Verimpfung gelangten Retrovaccine erzielt worden sind. Die Einwände, welche gewiegte Impfärzte gegen die Verwendung von Retrovaccine zur Durchführung der Schutzpockenimpfung erheben, sind mir genau bekannt. Nicht minder bekannt ist mir, dass das k. deutsche Reichsgesundheitsamt der Verwendung von reiner Thierlymphe das Wort redet. Allein der Züchtung reiner animaler Lymphe standen speciell in unserer Impfanstalt bisher noch ganz ausserordentliche Schwierigkeiten hinderlich im Wege, Schwierigkeiten, auf welche ich noch zu sprechen kommen werde.

Zur Züchtung von Retrovaccine war die Sammlung und Beschaffung einer genügend reichlichen Menge von Kinderlymphe die nothwendige Voraussetzung. Diese Kinderlymphe musste zum Theil von Auswärts beschafft werden; denn zu jener Zeit, da dieselbe zu den Thierimpfungen am dringendsten und in der reichlichsten Menge nöthig zu sein pflegte, — also in den Wintermonaten Februar bis April — war in unserer Anstalt und in der Stadt der Bedarf an Lymphe nicht zu beschaffen, und zu jener Zeit, da die Anstalt diesen Bedarf in loco zu decken vermochte, hatten die Thierimpfungen bei uns im Grossen und Ganzen bereits ihr Ende erreicht. Im Beginne des Jahres 1897 trat das für uns wichtige Ereigniss ein, dass unsere Lymphequelle versiegte. Ich ging desshalb, obwohl ich mir der Schwierigkeiten, die ich zu erwarten hatte, wohl bewusst war, an die Züchtungsversuche reiner Thierlymphe. Zunächst begann ich jene Lymphe-emulsion auf unsere Thiere zu verimpfen, welche mir mein hochverehrter Freund, Herr Medicinalrath Dr. Fischer, in seiner Anstalt in Karlsruhe gütigst selbst eingehändigt hatte. Ich möchte nicht unterlassen ausdrücklich zu erwähnen, dass Derselbe bei der Uebergabe dieser Lymphe bemerkte, dass er sie zwar nicht für eine echte Stammlymphe erachten könnte, dass sie aber doch zweifellos eine sehr wirksame und schneidige Lymphe sei. Auf dem Kinderarm schlug diese Lymphe auch in der That sehr gut an. Auch auf den Thieren — den Kälbern 2, 3, 4 und 20 — entwickelten sich ganz annehmbare und vertrauenerweckende Strichpusteln. Als aber die hievon hergestellte Lymphe-emulsion probeweise zur Verimpfung kam, ergab sich ein derartiger Misserfolg mit dieser in erster Descendenz aus Karlsruhe stammenden Lymphe, dass von einer Verwendung derselben gar nicht die Rede sein konnte. Die ganze aus dieser Quelle stammende Lymphemenge von 9450 Portionen, der Gesammtertrag von 4 Impfkälbern, musste weggeworfen werden. In gleicher Weise verimpfte ich im Jahre 1897 auf 3 Thiere Genferlymphe , welche mir bei meinem Besuche der vortrefflich eingerichteten Impfanstalt des Herrn Haccius in Lancy von diesem persönlich in liebenswürdigster Weise überlassen wurde. Die auf 2 Thieren — den Kälbern 88 und 89 — erzielten Strichpusteln waren theilweise sehr schön und versprachen guten Erfolg. Bei der probeweisen Verimpfung der beiden Lymphesorten zeigten von 3 Kindern 2 nicht den geringsten Erfolg, das dritte 4 äusserst kümmerliche Pusteln. Die ganze auf diesen beiden Thieren gewonnene Lymphemenge von 12 000 Portionen Emulsion wurde auf diese Probeimpfung hin als zur Verwendung untauglich vernichtet. Das 3. mit Genfer Lymphe geimpfte Thier — Kalb No. 90 — schlug gänzlich fehl und zeigte nicht eine einzige Pustel auf der ganzen Impffläche. Das waren meine Erfahrungen mit der versuchten Fortimpfung der sonst so vortrefflichen Karlsruher- und Genfer-Lymphe.

Aber auch mit der Weiterzüchtung der eigenen Retrovaccine ist es mir nicht viel besser ergangen. Es ist durch unanfechtbare Versuche dargethan und bekannt, dass es unter besonders günstigen Umständen gelingen kann, aus der Retrovaccine durch Fortimpfung von Thier auf Thier eine Lymphe zu erhalten, welche in ihrer Wirksamkeit und ihren übrigen Eigenschaften der Variola-Vaccine sehr nahe kommen kann. Ich liess es mir nun mit besonderer Sorgfalt angelegen sein, zur Weiterzucht nur die tadellosesten Blattern auszuwählen und zu benützen. Das Resultat von diesem Vorgehen war, dass von 62 auf diese Weise mit Retrovaccine in Einzelnstrichen geimpften Kälbern 5 gänzlich fehlschlugen, während von 10 Impfthieren die gewonnene Lymphe im Gesammtbetrage von 50 150 Portionen vernichtet werden musste, da sie sich bei der Probeimpfung theils als nicht genügend virulent, theils als gänzlich unwirksam, mithin zur Versendung als untauglich, erwiesen hatte. Zählt man zu diesem Betrage von 50 150 Portionen die unwirksame Lymphe, welche aus der Verimpfung der Karlsruher- und Genfer-Lymphe stammte, mit 21 450 Portionen, sowie eine Lymphe, welche wegen zu grosser Reizerscheinungen, die sie auf dem Impfthiere hervorbrachte, nicht zur Abgabe kam, mit 9650 Portionen, so berechnet sich die ganze für den Gebrauch untaugliche Lymphemenge des Jahres 1897 auf 16—17 Proc. der gesammten Jahresproduction von 539 100 Portionen, eine Höhe, welche in der Geschichte der k. b. Centralimpfanstalt bisher einzig dasteht und von gelegentlichen Misserfolgen früherer Jahre auch nicht annähernd erreicht wird.

Die nächste Frage wird sein müssen: Was kann denn wohl die Ursache dieser gehäuften Misserfolge gewesen sein? Auf diese Frage gibt es eine ganz klare Antwort, auf welche wir etwas näher eingehen wollen. Die erste und wichtigste Bedingung für die erfolgreiche Fortzüchtung reiner Thierlymphe wird vor Allem ein günstiger Boden für die Aussaat sein müssen. Und gerade in Bezug auf diese erste und nothwendigste Bedingung sind die Verhältnisse für die k. b. Centralimpfanstalt möglichst ungünstig gelagert. Die Impfthiere, auf welche die b. Centralimpfanstalt in München angewiesen ist, lassen nicht weniger als Alles zu wünschen

übrig. Nicht als ob es sich hier um minderwerthige Thierrassen handeln würde, im Gegentheile, die meistens den südbayerischen und Tiroler Alpenrassen angehörigen Thiere würden in Bezug auf ihre Körperformen und ihren Skelettbau bei der Aufzucht zu den schönsten Hoffnungen berechtigen. Aber in welchem Zustande kommen die Thiere nicht selten in den Stall der Anstalt! Vom Mutterthiere weggerissen erhalten wir die 3—4 Wochen alten Kälber nach vielstündigem Eisenbahntransport frierend und unwohl, häufig genug auch angetränkt mit dem nichtswürdigsten Zeug, damit der gewinnsüchtige Besitzer ein möglichst hohes Lebendgewicht bezahlt erhält, und auf diesen unreifen Thieren, welche bis zum Ende ihres Aufenthaltes oft kaum von den Schädlichkeiten des Transportes genesen sind und sich manchmal tagelang gegen die Nahrungsaufnahme sträuben, sollen wir hier reine Thierlymphe fortzüchten! Dagegen legt denn auch die Natur dann ihr unerbittliches Veto ein. Auf grössere und ältere Thiere aber können wir den Betrieb unserer Anstalt nicht stützen; denn unsere Thierkäufe sind durchwegs Nothkäufe, und wenn wir auf den Zutrieb älterer Jungthiere warten wollten, müssten wir zeitweise die Anstalt schliessen und den Betrieb einstellen, welcher bisher noch keine nennenswerthe und längerdauernde Störung erlitten hat. Passende Jungthiere kommen hier nur selten und zufällig auf den Markt, während der hiesige Markt der grösste Kälbermarkt Mitteleuropas und mit Schlachtkälbern jüngsten Alters besonders an den 3 Markttagen jeder Woche geradezu überschwemmt ist. In dieser Hinsicht sind also die nord- und mitteldeutschen Märkte in viel besserer Lage. Wir waren bisher nur auf grösstentheils unreifes Vieh angewiesen. Wenn ich im vergangenen Jahre beständig darauf bedacht war, den städtischen Oberthierarzt zum Ankaufe möglichst grosser Kälber anzuweisen, so hat die Mehrung des Durchschnittsgewichtes der in die Anstalt gelieferten Kälber doch nur um knapp 7 kg im Vergleiche mit früheren Jahren zugenommen. Dieses erhöhte Durchschnittsgewicht der Thiere von 7 kg bedeutet für die Impfthiere einen durchschnittlichen Alterszuwachs von kaum mehr als einer Woche, immmer noch wenig genug für die glückliche Durchführung der Züchtung reiner Thierlymphe!

Das vergangene Jahr war aber auch noch durch eine andere Eigenart von Beobachtungen bemerkenswerth. Einzelne Lymphesorten gaben in unliebsamer Häufigkeit Gelegenheit zur Beobachtung von die Impfung begleitender reactiver Entzündung. Wenn es auch in allen Fällen gelang, durch sachgemässe Behandlung der Impfstelle jegliche üble Folge auszuschliessen, so brachte die Behandlung solcher indurirter und entzündeter Impfstellen gleichwohl mancherlei Last und Arbeit.

Die Frage der Keimfreiheit der Thierlymphe oder besser gesagt der Art, wie von der Lymphe die Beimengung entzündungserregender Keime ferngehalten werden kann, hat ja von jeher die Impfärzte beschäftigt, ist aber besonders in den letzten Jahren Gegenstand des eingehendsten Studiums und sorgfältigster Beobachtung seitens der Impfärzte gewesen. Wenn wir auch den nicht hoch genug zu schätzenden Vorzug, den die Thierlymphe in der Richtung der Uebertragung von Tuberculose und Syphilis vor der Menschenlymphe bietet, unangetastet lassen, ein Vorzug, der durch andere Mängel, die der Thierlymphe anhaften, nicht verringert werden kann, so muss doch das Eine zugegeben werden, dass die umständliche Methode ihrer Herstellung von der Thierimpfung an bis zur Füllung der fertigen Lympheemulsion in Gläser Gelegenheit genug gibt zur Einwanderung fremder, unerwünschter Keime und pathogener Bacterien in die Lymphe. Es liegt auf der Hand, dass ein einwandfreieres Vorgehen kaum gedacht werden kann, als wenn aus einer intacten Impfpustel auf dem Arme eines Kindes mittels einer ausgeglühten Platinnadel ein Minimum einer wasserklaren Lymphe auf den gereinigten Arm eines zweiten Kindes mittels eines kleinen Stiches verimpft wird. Gegen diese einfache Procedur kommen alle jene vielen Mittel und Mittelchen nicht auf, welche darauf ausgehen, die Lymphe keimfrei herzustellen. Da es nun eine vollkommen keimfreie Lymphe a priori nicht gibt, so muss man sich mit der Herstellung einer möglichst keimfreien Lymphe zufrieden geben. Die möglichste Keimfreiheit sind die Impfärzte bestrebt zu erzielen durch besondere Methoden bei der Behandlung des Impffeldes der Thiere, sowie durch solche bei der Verreibung und Conservirung der Lymphe. Zur Behandlung des Impffeldes dienen verschiedene Desinficientien, welche in mannigfachen Concentrationsgraden zur Anwendung kommen. In manchen Anstalten beschränkt man sich aber auch auf die Anwendung von Wasser und Seife bei der Reinigung des Impffeldes, da man die Beobachtung machte, dass die Anwendung von Desinficientien auf die Menge von Keimen, insbesondere auch auf das Auftreten der wichtigsten Coccenform, des Staphylococcus pyogenes aureus, in dem Pustelinhalte nicht von wesentlichem Belang ist. Auch die früher mehrfach geübte Rückenimpfung der Thiere diente dem Zwecke, der Verunreinigung des Impffeldes möglichst vorzubeugen. Da man aber sah, dass auch der Rücken der Thiere vor beträchtlicher Verunreinigung nicht sicher sei, und da das Aussehen der Pusteln auf der derben und borstigen Rückenhaut viel zu wünschen übrig liess, hat man sich allenthalben von der Rückenimpfung wieder abgewendet. Die von Dr. Schulz in Berlin angewandten Schutzverbände des Impffeldes sind zwar umständlich, haben aber in Bezug auf die Bacterienverminderung gute Resultate zu Stande gebracht. Ob besonders bei starker Belegung des Impfstalles zur Zeit der grössten Arbeit die Herstellung und Erhaltung dieser Schutzverbände in der wünschenswerthen und nothwendigen Genauigkeit bewerkstelligt werden kann, möchte ich stark in Zweifel ziehen. Die Verreibung des Rohstoffes gibt selbstverständlich vielfache Gelegenheit zur Einwanderung der verschiedensten Keime in die Lymphe. Wenn dieser Verreibungsprocess durch die allgemeine Einführung von Lymphemühlen jetzt auch wesentlich abgekürzt ist, so ist doch auch diese kurze Manipulationsdauer genügend zur Verunreinigung der Lymphe. Ob die neue und zweifellos sehr sinnreich construirte Csokor'sche Lymphemühle der k. k. Lymphegewinnungsanstalt in Wien jede Beimengung von Keimen unmöglich macht, wage ich nicht zu behaupten.

Von den Beimengungen von desinficirenden Lösungen zur Lymphe ist man überall abgekommen, da man gesehen hat, dass schwache Mittel nichts nützen und starke das Vaccine-Virus verderblich beeinflussen. Zur Verminderung der Keimzahl in der Lymphe dient auch die Verdünnung der Lymphe durch möglichst genau durchgeführte Trennung der Gewebsbestandtheile von der zugesetzten Flüssigkeit. Diese Scheidung der Gewebstheile von der Flüssigkeit kann durch verschiedene Verfahren erzielt werden, von welchen für die Praxis der Impfanstalten besonders die Sedimentirung und die Centrifugirung genannt werden muss. Die Centrifugirung der Thierlymphe kann entweder mittels einer Handcentrifuge oder mittels Wasser-, Dampf- oder elektrischer Motoren bewerkstelligt werden. Es gelingt auf dem Wege der Sedimentirung und Centrifugirung, die thierische Lymphe, an deren Aussehen besonders zur Zeit des Beginns ihrer allgemeinen Einführung nicht wenige Impfärzte Anstoss genommen haben, in eine wasserklare, höchstens schwach opalisirende oder schwach gelbliche Flüssigkeit zu verwandeln, welche äusserlich der reinen, wasserhellen Menschenlymphe sehr ähnlich sieht und sehr arm an Bacterien ist. Die Wirksamkeit der Thierlymphe wird durch diese Maassnahmen ja selbstverständlich nicht erhöht, aber Dr. Schulz hat uns durch seine Versuche doch gezeigt, dass noch eine völlig brauchbare Lymphe durch diese Verfahrungsmethoden geliefert wird, die auch noch den Vorzug der tadellosen äusseren Beschaffenheit für sich in Anspruch nehmen kann.

Der Bacteriengehalt des Inhaltes der Thier- und Menschenblattern ist schon wiederholt Gegenstand der eingehendsten Untersuchung gewesen und bei diesen Untersuchungen, für welche die Arbeiten von Prof. R. Pfeiffer, sowie der Herren Dr. Freyer, Frosch und Buchholz, sowie des Vorstandes der k. k. österreichischen Lymphegewinnungsanstalt in Wien, des Herrn Director Dr. Paul, grundlegend geworden sind, hat sich gezeigt, dass das Gewebe von Thier- und Menschenpocken bis zum 7. Tage ihrer Entwickelung absolut bacterienfrei zu sein pflegt und dass auch von den zahlreichen Bacterien der Aussaatlymphe keine Art derselben in das Pustelgewebe eindringt, so lange die Pusteln geschlossen und unverletzt sind. Erst von dem Zeitpunkte der Verletzung der Pusteln an ist Gelegenheit gegeben zum Eindringen der Bacterien durch die offene Pforte, und von jetzt an ist der Bacteriologe im Stande, im Pustelgewebe, besonders im Boden der Pusteln, alle möglichen Arten von eingewanderten Keimen nach-

zuweisen. Dass jede mit einer solchen nicht keimfreien Lymphe erzielte Pustel eine entzündliche Randröthe von kleinerem oder grösserem Umfange haben muss, ist von Herrn Dr. Landmann mit Unrecht behauptet worden. Die Grösse des Entzündungshofes der Pusteln steht, wie die schönen Untersuchungen von Paul und Freyer bewiesen haben, keineswegs mit dem Keiminhalte der Lymphe im proportionalen Verhältnisse. Wie wäre es denn sonst erklärlich, dass vollkommen keimfreie Lymphe intensive Reizerscheinungen machen kann, während in völlig reizlosen Pusteln jede mögliche Art von Keimen, besonders sogar der pathogene Staphylococcus pyogenes aureus geradezu in Reincultur gefunden wird? Freyer hat durch seine Versuche nachgewiesen, dass die persönliche Disposition eine sehr bedeutende Rolle in dieser Sache spielt. Von der Empfänglichkeit des Impflings hängt es ganz besonders ab, ob die Pusteln von kleineren oder grösseren reactiven Reizerscheinungen begleitet sind.

Dieses beruhigende Moment entbindet uns Impfärzte jedoch nicht von der Verpflichtung, möglichst vorsichtig bei der Impfung zu verfahren. Ausserdem stehen wir dem Zufalle, was sich etwa in der Lymphe entwickelt, durchaus nicht ohnmächtig und hilflos gegenüber. Wir besitzen nämlich im Glycerin, mit welchem unsere jetzt im Gebrauche stehende Lymphe emulsionirt wird, ein Mittel, welches stetig und sicher die Selbstreinigung der Lymphe von den verschiedensten Keimen besorgt, die sich dem Vaccine-Virus an die Fersen geheftet haben. Wenn das Glycerin nun in der That die Selbstreinigung der Lymphe zu bewirken vermag, wenn es bei längerer Conservirung durch seine blosse Beimengung aus einer noch so keimreichen Lymphe allmählich eine keimarme, ja endlich sogar eine keimfreie Lymphe zu machen im Stande ist, dann muss es einen idealen Zeitpunkt geben, der eine völlig reactionslose und doch erfolgreiche Impfung ermöglicht, weil das Vaccine-Virus noch activ wirksam ist, während die ursprünglich in der Lymphe enthaltenen Keime zu Grunde gegangen, oder doch wenigstens an Zahl ausserordentlich reducirt sind. Und dass es einen solchen idealen Zeitpunkt für die meisten Lymphesorten gibt, wird durch die Beobachtungen erfahrener Impfärzte durchaus bestätigt. Und diesen Zeitpunkt richtig zur Verwendung der Lymphe zu erfassen, wird künftig das Bestreben der Impfärzte sein müssen. Denn wenn auch bei dem Ruf nach keimfreier Lymphe viel Uebertreibung und Geschäftsreclame, kurz manche unlautere Motive mit untergelaufen sind, so wird doch die Forderung einer möglichst keimfreien Lymphe in der Zukunft kaum mehr völlig überhört werden dürfen. Zur unzweifelhaften Feststellung des Gehalts einer Lymphe an Keimen verschiedener Art dient uns ausser der Probeimpfung die bacteriologische Methode. Um diese jederzeit aufnehmen und durchführen zu können, wird daher jedes grössere Impfinstitut die Mittel an der Hand haben müssen, bacteriologisch zu arbeiten.

Auch ich denke daran, die k. b. Centralimpfanstalt, vorbehaltlich der Genehmigung des k. Staatsministeriums des Innern, mit einem bacteriologischen Apparate auszustatten. Ob es nach Einführung complicirterer Untersuchungs- und Prüfungsmethoden noch möglich sein wird, die Impfung innerhalb unserer Landesgrenzen auch in Zukunft in der kurzen Zeitfrist von 6 Wochen abzuwickeln und zur Durchführung zu bringen, wie es bisher geschehen ist, steht dahin und wird die Folge lehren müssen. Das Verlangen unserer Impfärzte, mit der Impfung vor Beginn der Ernte zu Ende zu kommen, ist ein wohlbegründetes. Es soll auch fernerhin Alles geschehen, was der glatten und möglichst ungestörten Abwickelung des Impfgeschäftes förderlich ist.

Wenn nun auch im vergangenen Jahre nicht Alles nach Wunsch abgelaufen ist, so betrachte ich die Erfahrungen, die ich mit der nothgedrungenen Aenderung der Lymphezüchtungsmethode machte, doch lediglich als eine Lehre für die Zukunft, eine Lehre, welche auf bessere Bahnen führen wird. Sie aber, meine Herren Collegen, mögen aus meinen Ausführungen ersehen haben, dass es auf dem Gebiete der Impfung gar viele Schwierigkeiten zu überwinden, Enttäuschungen zu erleben und Fragen zu lösen gibt.

Die planimetrische Darstellung der Rückgratsverkrümmungen.

Von Dr. *L. Pfeiffer* in Weimar.

Die planimetrische Darstellung der menschlichen Wuchsformen und Wuchsfehler hat in den Lehrbüchern der Orthopädie bisher keine Erwähnung gefunden; so z. B. nicht in dem Lehrbuch von Hoffa, 1891.

Fig. 1. Kurzer, dicker Mann und langer, dünner Mann, geben wir als erstes Beispiel, in welch' charakteristischer Weise durch die Ausbreitung der Körperoberfläche in eine Ebene die verschiedenen Eigenthümlichkeiten der Wuchsformen zur Anschauung und Ausmessung gelangen können.

Es ist zum Vergleich gestellt die Brustoberfläche von zwei Erwachsenen (Fig. 1):

a) Eine schmächtige Gestalt mit zurückgebogener Körperhaltung, sehr gewölbter Brust, sehr flachem Rücken, sehr hohen Schultern und enger Taille (hell schraffirt gehalten in der Abbildung).

b) Eine dickbäuchige Gestalt, mit gebeugtem Gang, sehr gewölbtem Rücken, sehr flacher Brust und sehr niedrigen, abfallenden Schultern (dunkel schraffirt).

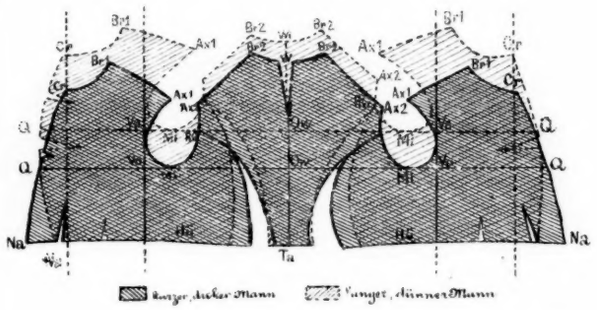


Fig. 1. 1/11 nat. Grösse.

Unter den symmetrisch gebauten Wuchsformen stehen diese beiden Gestalten an der Grenze des nicht krüppelhaften Körperbaues, welchen wir an den Menschen unserer täglichen Umgebung beobachten; als proportionirt würde man diese beiden Gestalten nicht mehr bezeichnen können. Pathologisch dünn oder fett sind die Beiden jedoch noch nicht.

Nur die Büstenoberfläche derselben ist zur planimetrischen Darstellung herangezogen. Durch die ideelle Stirnhinterhauptsebene ist der Körper in 2 seitliche Hälften getheilt. Nach dem Hals zu geht eine Trennfläche durch den Dornfortsatz des VII. Halswirbels (Wi), durch die Büstenspitze oder Brustspitze (Br) und durch den Halsgrubeneinschnitt des Brustbeines (Cr). Die Arme sind abgetrennt gedacht durch einen Schnitt nicht vom Acromion, sondern vom Gräten-Schlüsselbeingelenk (Ax2) durch die hintere Achselwand (Rg), die Achselhöhlenmitte (Mi), die vordere Achselwand (Vo) zurück zum Achselgelenk (Ax1). Ein dritter Schnitt läuft von der Brustspitze (Apex. thorac. Br) nach Ax, entlang der Nackenschulterlinie. Eine vierte ideelle Ebene geht genau in der Mitte zwischen freiem Rippenrand und Hüftbeinkamm (Hü) um die Taille herum, welche in der Lendengegend die Wirbelsäule in dem Punkt (Ta), in der Vorderbauchgegend, in Waage mit (Ta), ca. 4 cm unterhalb des Nabels den Maasspunkt (Na) trifft. Um für die Zeichnung eine wagerechte Grundlinie zu haben, ist noch, wie es in der Bekleidungskunst üblich ist, die Rückengegend mitsammt den Schulterblättern durch den Schnitt von RG herab zur Taille noch einmal getheilt worden.

Zur Ausmessung sind benutzt 2 Centimetermessbänder, welche, wie bei Militäraushebungen oder in der Lebenversicherungspraxis, um den Brustkorb und um die Taille herumgelegt sind. Von den beiden parallelen Linien in der Zeichnung entspricht Q–Vo–Mi–Ow–Mi–Vo–Q der Oberkante des Brustmessbandes, die Linie Na–Hü–Ta–Hü–Na der Unterkante des Taillenmessbandes. Letztere dient als Abscisse für die Zeichnung, mit den Coordinaten zum Halsgrubenpunkt Cr, zum Schultervortritt Vo und zur Ta-Ordinate nach dem Halswirbelpunkt Wi.

Die Büstenoberfläche des dicken Mannes ist dunkel schraffirt in der Zeichnung.

Denkt man sich die Planzeichnung so zusammengebogen, dass Br1 auf Br2, Ax1 auf Ax2, Cr auf Cr und Na auf Na treffen, und dass der Ausschnitt links und rechts von Rg herab verschwindet, so ist annähernd die Hohlform oder das Negativ der betreffenden Büsten reconstruirt. Auf weitere Einzelheiten kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden; die Zeichnung dürfte für sich selbst sprechen.

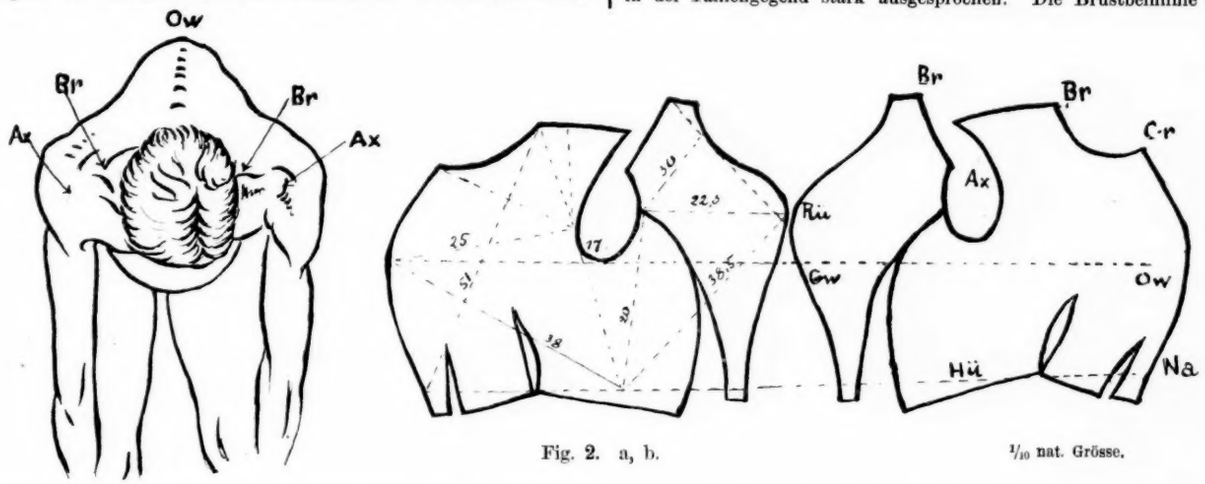


Fig. 2. a, b. 1/10 nat. Grösse.

Als zweites Beispiel ist ein Brustrückenbuckel ausgewählt. Derselbe ist rachitischen Ursprunges und ist ausgezeichnet durch die symmetrische Verunstaltung beider Seiten.

In der planimetrischen Zeichnung Fig. 2 kommt diese Gleichheit beider Seiten gut zur Anschauung.

Bei einem Vergleich mit Fig. 1 fällt auf, dass die Dornfortsatzlinie des stark aufrecht gehenden, schlanken Mannes (Fig. 1, hell schraffirt) lothrecht verläuft; beim dicken Mann mit gebeugter Haltung geht, entsprechend dem krummen Rücken, die Dornfortsatzlinie von Brustmessgürtelhöhe an auseinander bis zum Messpunkt Wi am VII. Halswirbel (Fig. 1, dunkel schraffirt); beim Brustrückenbuckel bilden die Dornfortsatzlinien für die linke und für die rechte Körperhälfte 2 stark auseinanderweichende Winkelschenkel. Dem Brustbeinbuckel entspricht die stark gebogene Linie in der Schnittlinie des Stirnhinterhaupts ebendaselbst.

Als drittes Beispiel der planimetrischen Darstellung für orthopädische Zwecke haben wir einen Seitenbuckel bei einem Erwachsenen ausgewählt, (Fig. 3). Der Mann hat in seiner Jugend durch ein Trauma eine Krankheit seiner Brust-Wirbelsäule durchgemacht. In der linken Brustseite sind freier Rippenrand und Hüftbeinkamm so übereinander geschoben, dass man in die daselbst vorhandene Hautfalte 9 cm tief mit einem schmalen Lineal eindringen kann. Die Hüften selbst stehen gerade. Nach den langen Beinen zu urtheilen, würde dieser Buckelige eigentlich zu den grossen Männern zu zählen sein und müsste 175 — 180 cm Körperhöhe haben; er hat aber nur eine solche von 147 cm.

Zur Erläuterung der Flächenzeichnung sei nur auf einige Punkte aufmerksam gemacht. Die Abweichung der beiden Dornfortsatzlinien für die rechte und linke Seite, ist in Fig. 3 auch in der Taillengegend stark ausgesprochen. Die Brustbeinlinie dagegen verläuft gerader als in Fig. 2. Die grossen Unterschiede zwischen rechter und linker Büstenhälfte lassen sich mit dem Centimetermassstab verfolgen.

Die linke, engere Brustseite ist zum Vergleich in die rechte Seite punktirt übertragen worden. Fig. 3a ist die Ansicht von vorn, Fig. 3b die Ansicht von hinten.

In Fig. 4 ist eine seltenere Skoliosenform dargestellt, welche ursprünglich links lumbo-dorsal war und durch eine Rippenresection das Rétrécissement zur rechts-lumbalen und links-dorsalen Skoliose erlitten hat. (Fig. 4a und b sind von hinten gesehen.)

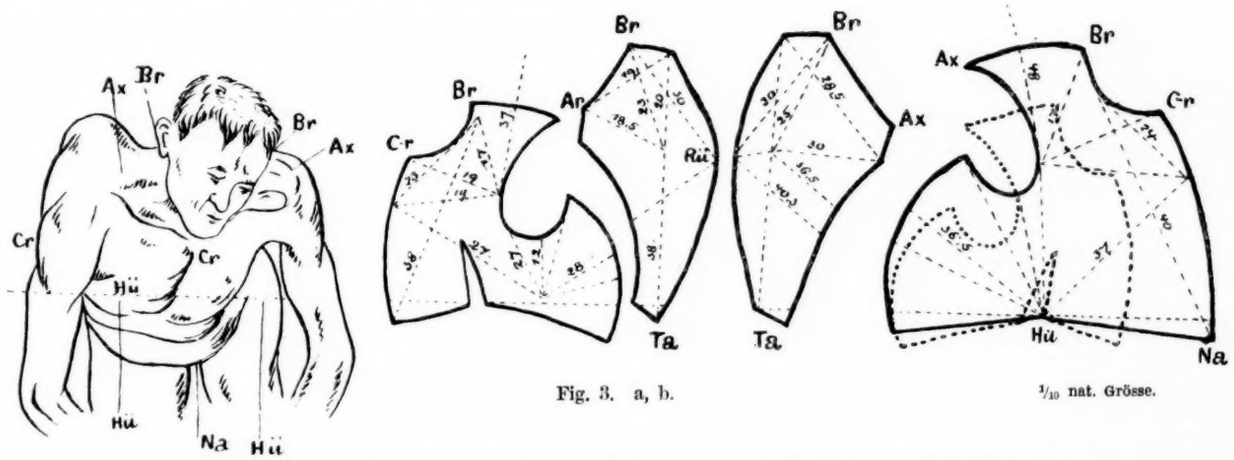


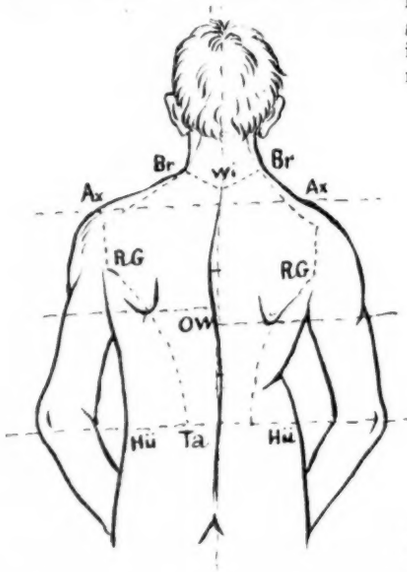
Fig. 3. a, b. 1/10 nat. Grösse.

Dem Baumeister Sch. wurden im Alter von 28 Jahren nach fast einjähriger Krankheit aus dem rechten Brustfellraum mehr als 2 l Eiter durch Schnitt entleert, und alsbald aus der 7. und 8. Rippe je ein 6 cm langes Stück in der Axillarlinie resecirt. Die Wunde hat noch 4 Monate genässt. Dann hat der Herr Sch. 11 Jahre im Ausland gelebt, hat tagelang seinen Beruf zu Pferde ausgeübt. Die Reconvalescenz ist eine ausgezeichnete gewesen. Nur das Bücken zur Erde ist heute noch mit Schwierigkeiten verbunden. Der 170 cm hohe Mann hatte schon vor 11 Jahren eine auffallend gerade Haltung.

Vor der Operation hatte die Brustwirbelsäule eine deutliche Ausbuchtung nach links mit langem, einfachem Kreissegment vom Halswirbel bis zur Taille herab. Unterhalb des rechten Armes war die ganze Brustseite vorgetrieben, die Zwischenrippen-

räume waren verstrichen, die Schlüsselbeingruben rechterseits ausgefüllt. Der Brustumfang hatte rechterseits 8 cm mehr als links. Die rechte Schulter stand höher als die linke; die rechte Schulterblattecke war in die Höhe gerückt und nach vorn geschoben. Von einem Winkel des Rippenbogens unterhalb des Schwertfortsatzes war nichts zu sehen, ein Ellbogendreieck rechterseits nicht vorhanden.

Heute befindet sich an der Operationsstelle eine starke Vertiefung, welche sich mit einer aufgelegten Hand nicht ausfüllen lässt. Der Wirbelsäule fehlt die natürliche S-förmige Stirnhinterhauptskrümmung fast ganz. Dementsprechend ist die Körperhaltung noch mehr zurückgebogen, als sie vor der Erkrankung schon war. Der Mann geht gerade, wie ein «Ladestock», mit ganz steifem Oberkörper. Auffallenderweise ist ein Unterschied in der Höhenlage beider Schultergrätengelenke (Ax) nicht zu beobachten; es bestehen sogar Zweifel, welche Schulter als die höhere zu bezeichnen ist. Dagegen ist die linke Halsseite etwas nach vorn zu gerichtet, ohne deutliche Verbiegung nach der rechten Seite der Halswirbelsäule.



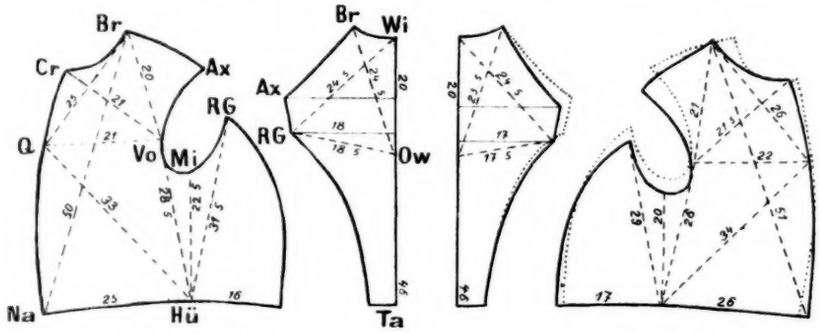


Fig. 4. a, b. 1/10 nat. Grösse.

Die Rippenenden in der Operationsstelle haben sich auf 2 cm einander genähert. Die Stelle selbst ist nach innen tief eingezogen und sind anscheinend die Rippenenden übereinander geschoben. Der rechte untere Brustfellsack ist 12 cm hoch gänzlich luftleer. Der untere Rand der sechsten Rippe und der obere Rand der neunten Rippe haben sich innerhalb der eingezogenen Narbe einander genähert. Ein auffallender Knick der Rippenwinkel ist nicht zu sehen. — Die in ihrer Beweglichkeit beengte Wirbelsäule hat heute eine deutliche Abweichung der Dornfortsätze in der Lendengegend nach rechts; der Gipfel der Lumbalausbiegung liegt 8 cm oberhalb Ta; die Sehne der Curve misst 12 cm; die Pfeilhöhe der Curve ist 1 1/2 cm. Die linke Dorsalausbiegung hat den Gipfel 38 cm über Ta in der Ta-Ordinate, mit 24 cm Länge für die Sehne der Dorsalcurve und 2 cm Pfeilhöhe des Curvengipfels. Die Lendenmuskeln sind rechts deutlich schwächer. Die rechte Schulterecke steht tiefer und ist der Ta-Ordinate nicht genähert. Das Ellbogendreieck ist rechts viel breiter als links. Die Spitze des Brustbeins weicht wenig nach rechts von der Na-Ordinate ab.

Bei der Betrachtung der Abbildung (Fig. 4) ist zunächst zu erinnern, dass die verwendeten Maasse über die hohlen Flächen gespannt genommen sind, nicht der Hautoberfläche sich angeschmiegt haben. Der Unterschied in den einzelnen Strecken zwischen rechter und linker Seite würde sonst fast gar nicht zur Geltung gekommen sein.

Es sind zum Vergleich die Grenzlinien der linken weiteren Büstenhälfte in die rechte Hälfte der Zeichnung hinein punktirt worden. Es kennzeichnet sich die stattgehabte Umwandelung der ursprünglichen links-lumbo-dorsalen Skoliose zur links-dorsalen und rechts-lumbalen Skoliose folgendermaassen auf der rechten Seite der planimetrischen Darstellung.

In der Lendengegend markirt die punktirte Linie den Verlauf der lumbalen Ausbiegung nach rechts.

In der Dorsalgegend markirt die punktirte Linie am Rückenstück und Seitenstück der Büste das Verschobensein der Wirbelsäule nach links. Die ganze obere Seite der Büste ist rechterseits verengt, mit Zurücktreten der Armtrennfläche und Herabgesunkensein desselben.

Das «Rétrécissement» hat im Ganzen die Wirbelsäule nicht stark verändert. Auch die obersten Rippen sind nicht gesunken, weil die Messpunkte Br und Cr die gleiche Höhenlage oberhalb der Abscissenlinie behalten haben. Gesunken sind die Rippen 3—6 und mit ihnen das Schulterblatt und der gesammte rechte Armansatz, welcher auch der Ta-Ordinate genähert ist. Diese starke Verschiebung der Armansatzflächen kommt besonders zum Ausdruck in den 3 Ergänzungsmaassen, welche als Armschleifenmaasse um den Armansatz herum entnommen werden von Wi aus, von einem Messpunkt Rü zwischen Ow und Wi, und von einem dritten Messpunkt aus auf dem Brustbein, zwischen Cr und Q gelegen.

Die Hüftenbalance ist nahezu gleich. Schlussfolgerungen über das Zustandekommen dieser Skoliosenform unterlässt der Verfasser. Nur die Frage wird aufgeworfen, ob eine der bisher geübten Skoliosenausmessungen einen gleich einfachen und durchsichtigen Ueberblick der Veränderungen an der Wuchsform leistet, wie diese zehnfach verkleinerten Abbildungen gewähren?

Für die frühe Diagnose beginnender Seitenkrümmungen leistet die planimetrische Darstellung sehr gute Dienste. Sie empfiehlt sich schon desshalb, weil das Zeichnen der Körperoberfläche in der natürlichen Grösse von jedem Orthopäden, jedem Arzt leicht gelernt werden kann. Als Unterrichtsgegenstand dürfte der Methode besonderer Werth beizumessen sein.

Aus dem hygienischen Institut zu München.

Ein interessanter Bacterienbefund in einem wegen Myomen exstirpirten Uterus.

Von Dr. *Kollmann.*

Ueber das Vorkommen von Mikroorganismen in der Gebärmutterhöhle hat sich in jüngster Zeit eine ziemlich umfangreiche Literatur angesammelt. Allein trotzdem herrscht noch in den meisten hieher bezüglichen Fragen eine grosse Unklarheit und Meinungsverschiedenheit, so dass auch der geringste Beitrag, der zur Deutung der schwebenden Fragen nur einigermaassen von Belang ist, von Interesse sein dürfte. So habe ich mich denn, trotzdem ich nur über einen Fall verfüge, für berechtigt gehalten, denselben zu veröffentlichen, um so mehr, als die von mir gefundenen Mikroorganismen auch in bacteriologischer Hinsicht manches Interessante bieten. Das Material zur vorliegenden Arbeit verdanke ich der Güte meines früheren Chefs, Herrn Privatdocent Dr. Amann, der mir unter Anderem auch einen von ihm wegen Myomen exstirpirten Uterus zur bacteriologischen Untersuchung überliess.

Herrn Dr. Amann, sowie Herrn Professor Buchner, sage ich auch noch an dieser Stelle meinen wärmsten Dank für ihre liebenswürdige Unterstützung durch Rath und That bei Anfertigung dieser Arbeit.

Nachdem ich den exstirpirten Uterus mit steriler Na Cl-Lösung abgewaschen hatte, eröffnete ich ihn auf sterilen Tüchern vom Fundus aus mit ausgekochten Instrumenten und entnahm mit einer Platinöse Material von verschiedenen Stellen der Corpus-Schleimhaut, das ich auf bereitgehaltene Gelatineplatten überimpfte. Da sich schon am nächsten Tage auf sämmtlichen Platten Wachsthum zeigte, ging ich daran, die Bacterien im hiesigen hygienischen Institute näher zu studiren.

Auf zweien der Plattenculturen wuchs in Reincultur eine Mikrococcenart, auf dreien ausserdem Colonien einer Langstäbchenart, die ich beide im Folgenden näher beschreiben will.

I. **Mikrococcus.** a) Aussehen: Runde, 0,8—1,2 μ grosse Coccen, die sich bald vereinzelt, bald zu zweit, auch in Reihen, meist aber in Haufenform angeordnet, im Gesichtsfelde finden.

b) Färbbarkeit: gut nach Gram, sowie mit den gewöhnlichen Anilinfarben.

c) Beweglichkeit: konnte ich an dem fraglichen Coccus beobachten. Ob wir es aber mit Eigenbewegung oder Molecularbewegung zu thun haben, wage ich nicht mit Sicherheit zu entscheiden, da mir eine Geiselfärbung nicht gelungen. Die Beweglichkeit war auch eine ziemlich geringe, nur auf Umlagerung der Haufenformen sich erstreckende.

d) Wachsthum: 1. Gelatineplatten, nat. Grösse: kleine, leicht gelblich gefärbte Colonien mit scharfem Rande: bei 22° sinken dieselben allmählich ein und umgeben sich mit einer Verflüssigungszone. Bei 90facher Vergrösserung erscheinen die Colonien ebenfalls kreisrund, gelblich-gelbbraun und leicht gekörnt. Die Randpartieen sind heller, mehr grau, das Centrum dunkler-dunkelbraun. Die tieferliegenden Culturen erscheinen mehr gleichmässig gelbbraun und ebenfalls leicht gekörnt.

2. Gelatine-Strichcultur: bei Zimmertemperatur.

Gutes Wachsthum mit scharfen Rändern: Farbe sammtartig weiss.

3. Gelatine-Stichcultur: bei Zimmertemperatur.

An der Oberfläche mässiges Wachsthum, nagelförmige, glänzende, weisse Auflage mit unregelmässig gezackten Rändern. Der Stichcanal zeigt in den ersten Tagen nichs Besonderes, später leichte Körnelung.

Bei einer Temperatur von 22° C. jedoch wird die Gelatine schon am 2. Tage verflüssigt. Sie sinkt cylindrisch ein; am Boden des Cylinders finden sich weisse flockige Massen; um diesen Cylinder schliesst sich eine cylindrische, leicht weisslich granulirte Verflüssigungszone und daran der gekörnte Stichcanal an.

4. Auf Agar Stich- und Strichculturen gutes Wachsthum mit weisser Farbe und gelappten Rändern. Condenswasser bleibt klar und zeigt geringen weissen Bodensatz.

5. Bouillon bleibt Anfangs klar, dann bilden sich an der Wand des schief gestellten Röhrchens zarte, weissliche Fäden, die nach einigen Tagen zu Boden sinken und einen ziemlich starken weissen Bodensatz bilden, der beim Aufschütteln sich flockig und allmählich homogen vertheilt. Während dieser Vorgänge hat sich die Bouillon auch allmählich getrübt.

6. Auf Blutserum bei Zimmertemperatur ist das Wachsthum ein sehr gutes. Es bildet sich ein ziemlich dicker, gelblichweisser Belag, der gegen das untere Ende hin Ausläufer aussendet, die ein zierliches Netzwerk bilden.

e) Chemische Leistungen. Milch wird nach 2—3 Tagen compact coagulirt. Traubenzucker nicht vergoren; keine Säure gebildet.

Thierversuch. Eine Maus, der ich 0,5 ccm einer 18stündigen Bouilloncultur subcutan injicirte, war zwar am ersten Tage krank, hatte sich aber am folgenden wieder vollständig erholt.

Bevor ich nun auf die Specificirung dieses Coccus näher eingehe, will ich erst den von mir gefundenen Bacillus näher beschreiben.

II. **Bacillus**: Aussehen: 2—3,5 μ lange, 0,7 μ breite Stäbchen mit abgerundeten Enden; in älteren Culturen kürzer und dicker, aber auch als lange Fäden, oft zu zweien aneinandergereiht.

Färbbarkeit: Mit den gewöhnlichen Anilinfarben, sowie nach Gram.

Beweglichkeit: Sehr lebhafte Eigenbewegung.

Sporenbildung: Bildet rundlich-ovale mittelständige Sporen.

Wachsthum: 1. Gelatineplatten, natürliche Grösse. Kleine rundliche, grauweisse Colonien, die sehr bald einsinken und sich mit einer trüben Verflüssigungszone umgeben. Bei 70facher Vergrösserung sind die oberflächlichen Partien rundlich, mit leicht gekörntem Rande, die tieferen unregelmässig, gelblich. Später umgibt den Rand der Colonien ein feiner Kranz, die ganze Umgebung wird bald wie gekörnelt und zeigt die gewöhnlichen Erscheinungen der Verflüssigung.

2. Gelatinestrich. Grauweiss, fettglänzend, gelappt; schon am 2. Tage beginnt Verflüssigung.

3. Gelatinestichcultur: Dicker, weisslicher, glänzender Belag mit zackigen Rändern. Schon am 2. Tage beginnt die Gelatine tellerförmig einzusinken. Die Verflüssigung schreitet Anfangs trichterförmig, später cylindrisch fort. Am Grunde der Verflüssigungszone ein weisses Wölkchen.

Agarstrichcultur: Glänzend grauweisser, gebuchteter Belag, der sich später in Falten legt und schmutzig-gelb sich verfärbt. Condenswasser flockig getrübt. Bodensatz reichlich.

Agarstichcultur: Oberflächenwachsthum wie bei Strichcultur. Stichcanal fadenförmig.

Blutserum: Fängt schon nach 2 Tagen an einzusinken und wird zuletzt total verflüssigt.

Bouillon: An der Oberfläche bildet sich ein weisslichgraues Häutchen, das ziemlich derb ist und beim Schütteln unzertheilt zu Boden sinkt. In der Bouillon selbst nur Andeutung von Trübung.

Kartoffelcultur: Anfangs gleichmässig erhaben, später ein unregelmässiges Netzwerk von schmutzig gelber Farbe bildend.

Chemische Leistungen. Milch wird Anfangs coagulirt, später verflüssigt das Coagulum wieder. Aus Traubenzucker wird kein Gas gebildet. Säurebildung gering. Fleisch wird verflüssigt, ohne zu faulen.

Aus dieser Beschreibung geht nun unzweifelhaft hervor, dass wir es mit Bact. mesentericum zu thun haben, das u. a. auch wiederholt als Darmparasit beschrieben worden ist.

Damit ist auch gleich sein Vorkommen im Uterus erklärt. Es muss also entweder, wie man es vom Bact. coli ja auch annimmt, aus dem Anus in die Vagina und von da durch besonders begünstigende Momente in den Uterus gelangt sein, oder direct aus dem Darm vielleicht auf dem Wege der Lymphbahnen oder durch die Tuben.

Was den von mir geschilderten Coccus betrifft, so stösst die Feststellung seiner Species auf gewisse Schwierigkeiten.

Auffallend ist schon sein Verhalten zu Gelatine, die er bei Zimmertemperatur nicht, wohl aber bei 22° verflüssigt; ferner seine Beweglichkeit; denn wenn ich auch zur Ansicht neige, dass es sich um blosse Molecularbewegung handelt, so muss ich doch gestehen, dass dabei auch manche Verhältnisse darauf hindeuten, dass wir es möglicher Weise doch mit Eigenbewegung zu thun haben könnten, so vor Allem die Thatsache, dass ein Theil der Coccen Bewegung zeigt, ein anderer im gleichen Gesichtsfeld unbeweglich ist, und ferner, dass eine wenn auch nur sehr geringe Ortsveränderung nicht geleugnet werden kann.

Wenn man aber sein Wachsthum im Allgemeinen beobachtet, sowie sein Verhalten zu Milch, so glaube ich, wird man nicht fehlgehen, wenn man ihn in die Gattung der Staphylococcen und zwar vielleicht als Bindeglied zwischen Staph. pyogenes albus und Staph. cereus alb. (Passet) einreiht. Allerdings zeigt er in Bouillon ein anderes Wachsthum als es die Staphylococcen für gewöhnlich thun, allerdings konnte ich keine Säurebildung nachweisen; allein diese Eigenschaften können doch wohl, ebenso wie die Pathogenität, variiren und bieten wohl keinen Grund, ihn als neue Species zu bezeichnen. Einen Coccus, der ihm in allen seinen Eigenschaften entspräche, habe ich allerdings nicht beschrieben gefunden. Gewisse Aehnlichkeit mit ihm zeigt der Mikr. albus liquefaciens (Besserer), der in der Nasenhöhle gefunden, leider aber nicht genügend genau beschrieben wurde.

Auch die gynäkologische Literatur, die mir allerdings nur theilweise zur Verfügung stand, weist, so weit ich es verfolgen konnte, keinen ähnlichen Coccus auf. Allein hier mag die Schuld zum Theil wohl auch darin liegen, dass in den meisten Berichten über Bacterienbefunde im weiblichen Genitalschlauche eine Beschreibung der gefundenen Organismen zum Theil ganz fehlt, zum Theil aber nicht erschöpfend genug behandelt ist. Mit der blossen Angabe aber, ob der gefundene Mikroorganismus ein kurzes oder langes Stäbchen, ein Coccus oder Vibrio war, ist so gut wie gar nichts gesagt, und es wäre doch sicher von grossem Interesse, die im weiblichen Genitaltractus gefundenen Bacterien gerade auch in all' ihren Lebenseigenschaften genau zu studiren; denn nur dann lässt sich die Frage der Pathogenität einzelner Arten allmählich entscheiden.

Es frägt sich nun, wie erklären wir uns das Vorkommen dieses Coccus in der Gebärmutterhöhle? Ist er als zufälliger Befund zu betrachten oder hängt er oder das Bacterium mit der Erkrankung zusammen? Ist er von selbst resp. durch die Körpersäfte oder durch äussere Zufälligkeiten in den Uterus gelangt? Bevor ich an die Beantwortung dieser Fragen gehe, möchte ich erst kurz noch den Einwand, dass es sich um Luftkeime handle, der mir vielleicht gemacht werden könnte, zurückweisen. Denn für's Erste arbeitete ich selbstverständlich mit der peinlichsten Sauberkeit und für's Zweite hätte ich dann sicher nicht auf allen Platten so reichliches Wachsthum erhalten. Ebenso ist eine Ver-

schleppung durch unreine Instrumente etc. etc. auszuschliessen, da Patientin weder von ihrem Arzte zu Hause, noch von Herrn Privatdocent Dr. Amann sondirt oder curettirt, noch in irgend einer anderen Weise am Uterus manipulirt wurde. Es bleibt also nur die Wahrscheinlichkeit einer Autoinfection vom Cervicalcanal her, in dem ja gerade Staphylococcen ziemlich häufig neben Bacterien gefunden werden.

Was nun die Frage der Pathogenität der beschriebenen Bacterien für den vorliegenden Fall betrifft, müssen wir, ehe wir an ihre Lösung gehen, erst noch das mikroskopische Aussehen der Mucosa uteri etwas studiren.

Die histologische Untersuchung der Schleimhaut ergab eine geringe Vermehrung der Drüsen mit theilweise geschlängeltem Verlauf. Das interglanduläre Gewebe wies keine Veränderungen auf; ebenso war das Oberflächenepithel im grossen Ganzen intact. Es war also das Bild einer geringgradigen sogenannten glandulären Endometritis, oder wohl besser gesagt, einer Drüsenhyperplasie gegeben, wie sie ja gleichzeitig bei Myomen häufig vorzukommen pflegt. Leukocyten fehlten im Gewebe, ebensowenig konnten Bacterien in der Mucosa, oder in den Myomen selbst nachgewiesen werden. Dieser negative Befund scheint mir nun von Bedeutung zu sein. Denn ich möchte die von mir gefundenen Bacterien nicht als Erreger der Drüsenhyperplasie oder noch weniger natürlich der Myome angesehen wissen, sondern sie im Gegentheil als secundäre Ansiedler auf dem durch die bestehenden Veränderungen für sie günstig veränderten Boden betrachten. Betrachten wir sie aber als solche secundäre Ansiedler auf der Uterusmucosa, so ist leicht einzusehen, dass sie dann im Uterus ebensowenig in's Gewebe eindringen müssen, als die Bacterien auf der Vaginal- oder Mundschleimhaut. Von der Oberfläche aber werden sie leicht durch die härtenden und entwässernden Proceduren in Alkohol und Xylol abgewaschen und also auf dem kleinen Stückchen Oberflächenepithel, das man im Schnitte erhält, schwer nachweisbar.

Ich weiss nun recht wohl, dass ich mit dieser Ansicht mich mit hervorragenden Autoritäten, die die im Uterus, und besonders bei bestehender «Endometritis» gefundenen Bacterien immer als für die Erkrankung aetiologisch angesehen wissen wollen, in Widerspruch setze.

Allein für mich ist diese Pathogenität nicht bewiesen, so lange es nicht gelingt mit den gefundenen Bacterien auch eine Endometritis, und zwar eine sogen. chronische, zu erzeugen.

Ferner kann ich nicht einsehen, warum sonst harmlose Saprophyten gerade im Uterus entzündungserregend wirken sollen. Sehr erklärlich erscheint mir dagegen die Annahme, dass eine durch Circulationstörung hervorgerufene Drüsenhyperplasie durch das vermehrte Secret, das vielleicht auch in seiner chemischen Zusammensetzung noch verändert ist, den in der Cervix ja sicher nachgewiesenen Bacterien es ermöglicht, in die Uterushöhle einzudringen und sich dort secundär anzusiedeln.

So würde es sich dann auch erklären, warum nicht bei allen chronischen Endometritiden und in der normalen Corpusschleimhaut Mikroorganismen nachgewiesen werden können.

Ausnehmen möchte ich natürlich alle die Fälle, die nachgewiesenermaassen aus einer acuten Endometritis sich entwickelt haben oder tuberculösen oder diphtherischen Ursprungs sind, und nur betonen, dass, wenn wir von gonorrhoischer Endometritis absehen, diese Art gegenüber den aus Circulationsstörungen (Menstruation, Puerperium, bei Myomen, Carcinomen etc. etc.) entstandenen, relativ selten ist.

Das Radfahren der Amputirten.

Von Dr. *Friedr. Brunner,* Chefarzt der chirurgischen Abtheilung der Diakonissenanstalt in Zürich.

In No. 1 der Münch. med. Wochenschrift 1898 veröffentlicht Herr Dr. Breitung eine kurze Notiz über einen «amputirten Radfahrer». Er betrachtet die Sache als Curiosum und ist geneigt, die Möglichkeit des Radfahrens dem vorzüglichen, in einem orthopädischen Institut angefertigten künstlichen Beine zuzuschreiben. Nun handelt es sich hier aber nicht um ein Curiosum, sondern die Sache hat einen ernsten Hintergrund und auf die Trefflichkeit der Prothese kommt so viel auch nicht an, wie ich im Folgenden zeigen möchte.

Im Jahre 1896 habe ich einen ca. 25jährigen Mann wegen eines osteomyelitischen Abscesses in einem von früheren Erkrankungen her steifen Kniegelenk im untern Drittel des linken Oberschenkels amputirt. Der Patient wünschte dringend sein steifes Knie los zu sein, damit er Rad fahren könne, was ich allerdings damals kaum für möglich hielt. Allein nach der Heilung des Amputationsstumpfes, die ohne Zwischenfall erfolgte, liess sich Patient von Bandagist Dieckmann in Zürich ein künstliches Bein herstellen, das sich von den gewöhnlich angefertigten nur dadurch unterschied, dass es im Kniegelenk, um den Bewegungen des Pedales folgen zu können, bis zum spitzen Winkel gebeugt werden konnte, er benützte ferner, um den künstlichen Fuss bequemer auf's Pedal setzen zu können, ein Damenrad, und brachte am Pedal zum Festhalten des künstliches Fusses aus Draht eine Art Klemme an. Auf dieser Maschine lernte der allerdings sehr intelligente und energische Patient in kurzer Zeit tadellos und ausdauernd fahren, so dass ihm auf dem Rad Niemand ansieht, dass er ein künstliches Bein besitzt. Der Stumpf wird beim Fahren nicht etwa nur passiv bewegt, sondern arbeitet activ mit, es ist desshalb von Vortheil, wenn er (bei Oberschenkelamputation) möglichst lang ist. Bei unserem Patienten hat er seit Beginn des Radfahrens durch Muskelhypertrophie um 6 cm an Umfang zugenommen, so dass ein neues Bein angefertigt werden musste.

Aus dieser Beobachtung geht hervor:

1. Auch Amputirte (im Ober- oder Unterschenkel) lernen Zweiradfahren. Sie vermögen mit dem Rad viel grössere Strecken und viel müheloser zurückzulegen als wenn sie gehen würden, was ja selbst mit gut construirter Prothese immer mühsam und nur auf kurze Distanz möglich ist. Das Zweirad ist daher unter Umständen gerade für Amputirte der untern Extremitäten von hohem Werth und es ist Zweck dieser Mittheilung, die Fachgenossen hierauf aufmerksam zu machen.

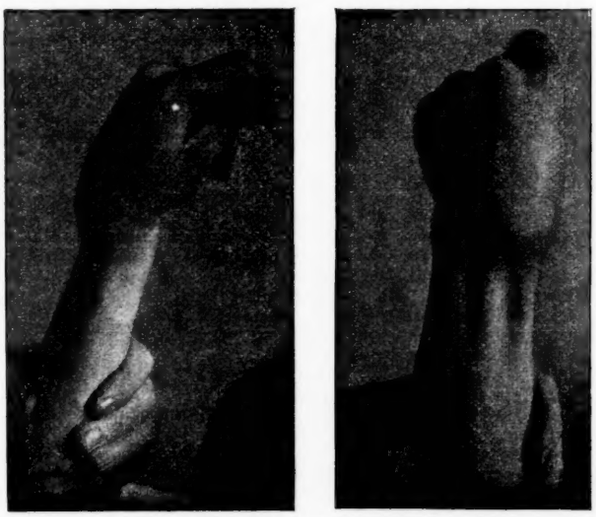
2. Auf die Construction des künstlichen Beines kommt es beim Radfahren weniger an, es muss nur in Fuss- und Kniegelenk die nöthige Beweglichkeit besitzen, um den Bewegungen des Pedales folgen zu können. Im Uebrigen thut das Meiste die Energie und Geschicklichkeit des Patienten. Aber wie viele Amputirte werden sich nicht freuen und sich alle Mühe geben, statt mühsam auf watschelndem künstlichen Bein, stolz wie andere Sterbliche auf dem Rad daher fahren zu können!

Aus dem Knappschaftslazareth Sulzbach bei Saarbrücken.

Ein Fall von Luxatio manus dorsalis.

Von Dr. *Karl Sell,* Assistenzarzt.

Nach den Zusammenstellungen von Tillmanns und Hecht existiren in der Literatur bisher etwa 43 sichere Beobachtungen von traumatischen Handgelenksluxationen. Unter diesen sind etwa $^2/_3$ dorsale, $^1/_3$ volare Luxationen. Bei dem seltenen Vorkommen solcher Fälle dürfte die Mittheilung einer Luxatio manus dorsalis, welche sich der 17jährige Bergmann Franz Philippi auf Grube Sulzbach zugezogen, von Interesse sein.



Bei seiner am 9. III. 1897 erfolgten Aufnahme klagte Patient über starke Schmerzen im linken Handgelenk, war gegen Berühr-

ung äusserst empfindlich und hielt den im Ellenbogengelenk flectirten linken Vorderarm krampfhaft in die Höhe, denselben mit der rechten Hand unterstützend.

Sowohl an der Dorsalseite des linken Handgelenkes, wie an der Volarseite des linken unteren Vorderarmendes fand sich eine starke Vorwölbung. Die Hand war gegen den Unterarm bajonettförmig abgeknickt. Die concave Gelenkfläche des unteren Radiusendes, sowie der volare Gelenkrand desselben war deutlich abzutasten. Ueber den vorspringenden Gelenkrand waren die Beugesehnen gespannt, wie die Saiten einer Violine über den Steg, und die Haut durch dieselben derart vorgedrängt, dass deutliche Längsfurchen zwischen den Vortreibungen entstanden. Auf der Dorsalseite bestand dieselbe Erscheinung, nur sprangen die Strecksehnen weniger stark hervor, wie die Beugesehnen.

Eine Verschiebung der Ulna gegen die Handwurzelknochen war nicht zu constatiren. Die Finger standen halb gebeugt und konnten weder activ noch passiv gestreckt werden.

Nach diesem Befunde glaubten wir mit Sicherheit die Diagnose auf eine dorsale incomplete Handgelenksluxation stellen zu können. Eine Verwechselung mit typischer Radiusfractur war bei der deutlich abtastbaren Gelenkfläche des unteren Radiusendes von vorne herein ausgeschlossen. Eine Complication mit Fractur lag ebenfalls nicht vor, da weder Crepitation, abnorme Beweglichkeit noch Druckschmerz vorhanden war.

Der Entstehungsmechanismus, welcher von der Art wie die Luxation gewöhnlich zu Stande kommt, etwas abweicht, war kurz folgender: Während Patient damit beschäftigt war, einen Kohlenförderwagen mit der stark pronirten und dorsalflectirten linken Hand vorwärts zu schieben, stiess ein zweiter von hinten kommender Wagen gegen das Ellenbogengelenk und spannte so gewissermassen den Arm zwischen zwei Wagen ein. In dieser Stellung verharrte er, bis er von seinen Kameraden durch Fortziehen des vorderen Wagens befreit wurde.

Derselbe Vorgang wird in hiesiger Gegend sehr häufig beobachtet und führt in der Regel zur typischen Radiusfractur.

Dass die Luxation durch die beschriebene Gewalteinwirkung nur selten zu Stande kommt, hat wohl seinen Grund in der grossen Widerstandsfähigkeit der Gelenkkapsel, speciell des Ligamentum carpi volare proprium, die ja auch die Luxation beim Fall auf die ausgestreckte Hand meist verhindert und viel eher ein Abreissen der unteren Radiusepiphyse bewirkt.

Die Reposition der Luxation konnte ohne Narkose wegen der grossen Empfindlichkeit des Patienten nicht vorgenommen werden. In Narkose gelang dieselbe leicht durch Zug, Gegenzug in Verbindung mit directem Druck auf den Carpus- und Supinationsbewegungen. Die Hand wurde dann 14 Tage auf einer Cooverschen Schiene fixirt und fernerhin nur noch in einer Mitella getragen. Massage und gymnastische Uebungen besserten die zurückgebliebene Gelenksteifigkeit so, dass Patient am 16. IV. 1897. Beuge- und Streckbewegungen, sowie Ab- und Adductionsbewegungen der Hand leicht ausführen und als völlig erwerbsfähig entlassen werden konnte.

Am Schlusse dieser Zeilen erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrtem Chef, Herrn Dr. Brauneck, für die Anregung zu dieser Veröffentlichung meinen besten Dank auszusprechen.

Zur Casuistik der Bauchschusswunden.

Von Dr. med. *Heimann* in Schwäbisch-Hall.

Seitdem auf der Naturforscherversammlung zu Frankfurt a. M. mein hochverehrter Lehrer Madelung mit warmem, und Seitens des Chirurgen begreiflichem Eifer für die möglichst ausgedehnte operative Behandlung der penetrirenden Bauchverletzungen eingetreten, hat es in der Fachliteratur nicht an Veröffentlichungen gefehlt, welche erweisen sollten, dass auch ohne operativen Eingriff es des Oeftern gelänge, solche Verletzte der Heilung entgegenzuführen. Derartige Mittheilungen mochten dazu dienen, dem praktischen Arzte, der anders gestellt, als die mit allem Raffinement und mit dem nöthigen Personal ausgestatteten Kliniken, eine beruhigende Directive zu gewähren, um so mehr, als er so oft aus äusseren wie aus inneren Gründen seine Verletzten einem Krankenhause nicht überweisen kann und — darf. Wie skeptisch man gleichwohl von mancher Seite solchen Beobachtungen gegenübersteht, erhellt aus dem Referat, das Lühe-Königsberg i. Pr.[1]) über den von Schäffer-Osnabrück (Beitrag zur Beurtheilung und Behandlung der Bauchwunden. Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 4. XII. 1896) mitgetheilten Fall erstattet. Lühe knüpft an die Reproduction dieses ohne Operation verheilten Falles die Bemerkung, dass dieser wohl wieder als «Paradepferd» wird dienen müssen und bezeichnet die Unterlassung der Laparatomie als das grösste Wagniss. Da mag es denn nicht unangebracht erscheinen, auch die nachstehende Beobachtung der Oeffentlichkeit zu unterbreiten, denn nur aus der sorgfältigen Extraction der durch eine möglichst erweiterte Casuistik gegebenen Lehren wird sich die Indicationsstellung für einen im gegebenen Falle nothwendigen Eingriff um so sicherer umgrenzen und oft auch einengen lassen.

Am 21. October 1896, Abends 8 Uhr, wurde ich zu dem Lehrling N. N. berufen, der sich vor etwa 1 Stunde suicidii causa in den Leib geschossen habe. Ich fand den Patienten auf dem Sofa liegend, bei vollem Bewusstsein. Er gab an, dass, nachdem er schon bald nach Mittag das Haus seines Lehrherrn verlassen, er etwa gegen 7 Uhr aus einem doppelläufigen Hinterlader-Terzerol von 6 mm Caliber beide Schüsse aus nächster Nähe gegen den Unterleib abgefeuert habe. Er sei nach dem Schusse hingefallen, etwa ½ Stunde bewusstlos gelegen und habe sich nach dem Erwachen direct in sein elterliches Haus begeben, wohin man mich sogleich berufen hatte. Die ziemlich in der Mittellinie, etwa zweifingerbreit unter dem Ende des Schwertfortsatzes befindliche Verletzung, die in Folge des Doppelschusses Sanduhrform darbot, zeigte alle Charakteristica des Nahschusses, die Umgebung und die Wunde selbst war von Pulverrauch geschwärzt, die Ränder unterminirt. Eine Ausschussöffnung fand sich nicht. Patient klagte über lebhaftes Brennen innerhalb der Wunde, Empfindlichkeit des Leibes in der Umgebung, dazu eine begreifliche Depression, zeigte sich aber im Uebrigen völlig frei von Beschwerden, wie wir sie im Anschlusse an Verletzungen der Unterleibsorgane zu finden gewohnt sind. Auf meine Frage, ob er bei der Schussrichtung mehr nach oben oder nach unten gehalten, wusste er Auskunft nicht zu ertheilen, auch aus dem Verlaufe der Wunde konnte ich nichts entnehmen, um so mehr, als ich davon Abstand nahm, zu weit mit einer Sonde einzugehen. Ich beschränkte mich auf eine möglichste Reinigung der Wunde, schloss dieselbe mit einem Jodoformgazeverband und setzte den Patienten neben Verabreichung von Opiumtinctur auf absolute Diät, d. h. er bekam nur Eisstückchen, um sie im Munde zergehen zu lassen. Am anderen Tage Befinden gut, Patient wünscht dringend zu essen, doch wird noch in gleicher Weise fortgefahren. Abends geringes Fieber, 38,2° in der Achselhöhle; dasselbe wurde indess genügend erklärt durch den Zustand der Wunde, deren Umgebung geröthet und leicht geschwellt war, peritonitische Erscheinungen fehlten vollständig. Vom nächsten Tage ab blieb Patient fieberfrei, unter vorsichtiger Regulirung der allmählich mehr und mehr zugeführten Diät trat völlige Heilung ein, so dass der Patient nach 3 Wochen seine Beschäftigung wieder aufnehmen konnte. Ein auffallendes Symptom verdient noch Erwähnung, das eintrat, als dem Patienten wieder zu essen verstattet wurde. Mit jeder Schluckbewegung war ein in der ersten Zeit heftiger, später sich vermindernder Schmerz in der linken Schulter. verbunden, der sogar nach Angabe der Mutter des z. Z. nicht mehr hier weilenden jungen Mannes auch jetzt noch von Zeit zu Zeit sich einstellen soll.

Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass im vorliegenden Falle die Verletzung auch innere Organe des Unterleibes mit betroffen hat. Ich habe mit der gleichen Schusswaffe Schiessversuche nachher vorgenommen und constatiren können, dass auf die Entfernung von 5 Meter noch ein 1½ cm dickes Tannenholzbrett durchschlagen wird. Es müsste desshalb mehr als ein glücklicher Zufall sein, wenn die beiden abgefeuerten Kugeln, ohne einen Theil des Inhaltes des Unterleibs zu treffen, ihren Lauf genommen hätten. Wenn trotzdem der Fall so überaus günstig verlaufen, dürften zwei Momente dabei zur Geltung gekommen sein. In erster Linie die Kleinheit des benützten Calibers (6 mm), und die durch die Nahschüsse bedingte grössere Durchschlagskraft, die nach dem bekannten Versuchen eher zu reinen Lochschüssen führt. Mehr noch aber dürfte beigetragen haben, dass der Magen, den wir uns doch bei der Lage der Einschussöffnung sicherlich als getroffen denken müssen, zur Zeit der That von Speiseinhalt völlig frei war. Der Pat. hatte kurz nach dem Mittagessen das Haus verlassen, und bis zur Ausführung der That (Abends 7 Uhr) nichts mehr zu sich genommen. Auf diese Weise war der zusammengezogene Magen um so leichter im Stande, die an sich kleinen Verletzungen durch seine Elasticität

[1]) Centralbl. f. Chirurgie Nr. 25, 1897.

sogleich wieder zu schliessen, so dass ein Austritt von verderblichem Inhalt in die Bauchhöhle unterblieb, und unter der sofort eingeleiteten Entziehung der Nahrungszufuhr konnte sich die definitive Heilung leicht vollziehen. Bezüglich des beobachteten Schulterschmerzes bei Schluckbewegungen habe ich in der mir zugänglichen Literatur etwas Aehnliches nicht finden können. Ob für denselben die Ursache in Anastomosen zu suchen, die den X. und XI. Gehirnnerv mit einander verbinden, möchte ich als einen Versuch zur Deutung jedenfalls anzufügen nicht unterlassen.

Bericht über das orthopädische Ambulatorium der kgl. chirurgischen Klinik im Jahre 1897.

Von Privatdocent Dr. *Fritz Lange.*

Das orthopädische Ambulatorium wurde im Anfang des Jahres 1896 von Herrn Obermedicinalrath Prof. Dr. Angerer eingerichtet. Es wurden Räume in der chirurgischen Klinik zur Abhaltung des Ambulatoriums und zur Anfertigung einfacher Apparate geschaffen; das Verbandmaterial wurde von der Klinik geliefert; eventuelle Krankenaufnahmen durften in der Klinik bewerkstelligt werden. Mit der Leitung des Ambulatoriums wurde von Herrn Obermedicinalrath Prof. Dr. Angerer der Verfasser des Berichtes betraut.

Anfänglich war das Ambulatorium nur auf die orthopädischen Kranken der kgl. chirurgischen Klinik und des Ambulatoriums derselben (Privatdocent Dr. Schmitt) angewiesen. Allmählich wurden aber auch von Seiten andrer Aerzte dem Ambulatorium Kranke zugewiesen, so dass die Zahl der im Jahre 1896 behandelten Kranken am Schluss des Jahres 157 betrug.

Im Berichtjahre 1897 stieg diese Zahl auf 265. An diesen 265 Kranken wurden im Ganzen 351 orthopädische Leiden beobachtet und behandelt.

Ueber die Häufigkeit der einzelnen Leiden und die Art der Behandlung ist Folgendes zu berichten:

Bei dem einen Schiefhals, welcher zur Beobachtung kam, wurde die offene Durchschneidung des M. sternocleidomastoid. ausgeführt.

An Skoliosen gingen dem Ambulatorium 44 Fälle zu. — Bei den leichtern Formen bestand die Behandlung in gymnastischen, redressirenden Uebungen und Massage; bei den schwereren Fällen wurde ausserdem ein Corset angelegt, welches entweder aus Wasserglas hergestellt wurde, oder falls die Vermögensverhältnisse es gestatteten, nach der Hessing'schen Weise aus Stoff und Stahlschienen bestand. Bei einzelnen ganz schweren Skoliosen, bei denen auch durch ein Corset eine Verschlimmerung des Processes voraussichtlich nicht zu verhüten war, wurde das Redressement der skoliotischen Wirbelsäule in Narkose versucht und das erreichte Resultat nachher im Gipsverband fixirt. Ueber die Erfolge dieser Behandlung wird an anderer Stelle berichtet werden.

Die tuberculöse Spondylitis war 15 mal Gegenstand der Behandlung. In der Regel wurden, falls frische, entzündliche Erscheinungen vorlagen, Gipsverbände angelegt, welche die kranke Wirbelsäule sicher fixirten und entlasteten. Von dem Lorenz'schen Gipsbett wurde, nachdem sich herausgestellt hatte, dass seine Wirksamkeit weit hinter dem Gipsverband zurückstand, nur ausnahmsweise (bei Fisteln, Bronchitis etc.) Gebrauch gemacht. — Im späteren Stadium wurden Corsette angewandt.

Das Redressement der spondylitischen Wirbelsäule wurde 6 mal ausgeführt. Die weiteren Erfahrungen haben das Urtheil bestätigt, das vom Verfasser des Berichtes in No. 16 dieser Wochenschrift, 1897, über das Verfahren gefällt wurde. Calot selbst zieht jetzt die Grenzen ebenfalls wesentlich enger als vor einem Jahre und unterwirft nur diejenigen Fälle noch dem Redressement, bei denen es sich schonend und leicht ausführen lässt. Im Allgemeinen wird das Redressement in Narkose überflüssig werden, falls die Kinder rechtzeitig mit exact angelegten Gipsverbänden behandelt werden. Von grösserer Bedeutung wird das Redressement voraussichtlich nur bei schweren Lähmungen bleiben.

Einmal wurde das Redressement in Narkose bei einer schweren rachitischen Kyphose ausgeführt. 2 weitere rachitische Kyphosen und 1 senile Kyphose wurden in der üblichen Weise mit Massage, Gymnastik und Corset behandelt.

Von andern Thorax-Deformitäten kam 1 Pectus carinatum, 1 runder Rücken und 1 Hochstand des Schulterblattes zur Beobachtung.

Verhältnissmässig reich war das Material an den stets interessanten Hüftgelenksfällen. Die angeborene Hüftgelenksverrenkung war 27 mal vertreten. Bei allen Kindern, die das 7. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten, gelang die Lorenz'sche Reposition. Bei einem Mädchen von 9 und einem Knaben von 12 Jahren mit doppelseitiger Verrenkung wurde der Versuch der Einrenkung vergeblich vorgenommen. Bei 2 Patientinnen, einem 12- und einem 15jährigen Mädchen, mit einseitiger Verrenkung war es zwar nicht möglich, den Kopf an den Pfannenort zu bringen, aber es gelang, die hintere Luxation in eine vordere zu verwandeln und dadurch den Kopf unterhalb der Spin. ant. sup. — mit bisher sehr befriedigendem Erfolge — festzustellen. Bei denjenigen Patienten, bei denen eine operative Behandlung nicht mehr möglich war, wurde wenigstens durch Anpassung von Corsetten oder complicirten Schienenhülsenapparaten, Gymnastik vom Glut. med. und minim. Beseitigung etwaiger Schmerzen und wesentliche Besserung des Ganges bewirkt.

Die Coxa vara kam 4 mal zur Beobachtung und Behandlung.

Die Verrenkung nach Coxitis, die sogenannte Destructionsluxation war 5 mal Gegenstand der Behandlung. 2 mal gelang es, die hintere Luxation in eine vordere zu verwandeln und dadurch dem Femur eine feste Stütze am Becken zu geben.

Hüftgelenkcontracturen machten 2 mal das Redressement in Narkose, 1 mal die Tenotomie der Adductoren nothwendig. — Die Hüftgelenksentzündung wurde 9 mal nach den modernen Grundsätzen mit Gehverbänden behandelt. Diese Gehverbände wurden, wenn gleichzeitig Contracturen zu behandeln waren, aus Gips, sonst aus Wasserglas hergestellt. Die Wasserglasverbände gestatten, wenn sie richtig angelegt sind, den Kindern auch im acutesten Stadium der Coxitis schmerzloses Umhergehen. Sie sind leichter als die elegantesten Hessing'schen Apparate und haben den grossen Vorzug vor denselben, dass in ihnen das kranke Gelenk für Monate absolut ruhig gestellt werden kann, während jedes An- und Ablegen einer Maschine, das minde tens alle 8 Tage erfolgen muss, stets eine neue Schädigung des Gelenkes bedeutet. Erst, wenn der Zustand des Gelenkes die Haut- und Muskelpflege erlaubt, wurde von den Verbänden zu abnehmbaren Bandagen übergegangen.

Nach denselben Grundsätzen wurden die tuberculösen Entzündungen des Knies, von denen 6 Fälle, und des Fusses, von denen 4 Fälle zur Beobachtung kamen, — behandelt. — Von Jodoformöl-Injectionen wurde nur Gebrauch gemacht, wenn es zweckmässig erschien, die chronische Entzündung in eine acute zu verwandeln, um das Aufsaugen der Entzündungsproducte zu befördern. — Bei den chronisch rheumatischen Arthritiden, (3 Hüftgelenke, 3 Kniegelenke, 5 Fussgelenke) bei denen völlige Heilung ausgeschlossen erschien, wurde, wenn es die pecuniären Verhältnisse gestatteten, mit ausgezeichnetem Erfolge von Entlastungsapparaten Gebrauch gemacht.

Bei 6 Kniegelenkscontracturen wurde das Redressement in Narkose, (1 mal mit offener Durchschneidung der Kniebeugen) ausgeführt.

Rachitische Verkrümmungen der Beine kamen 8 mal zur Beobachtung. Ein operativer Eingriff wurde nicht nothwendig.

Deform geheilte Knochenbrüche erforderten 2 mal die Infraction des frischen Callus in Narkose. — Genua valga wurden im Ganzen 27 Fälle notirt. Die beginnenden Formen wurden mit Gymnastik und Massage behandelt, bei mittelschweren wurde das modellirende Redressement in Narkose ausgeführt; die schweren Fälle der Erwachsenen wurden in der Klinik der Osteotomie, resp. Keilexcision unterworfen.

Sehr erfreuliche Erfolge wurden mit dem Lorenz'schen Redressement der Klumpfüsse erzielt, von denen 26 congenitale und 7 paralytische Fälle in Behandlung standen. — 7 Patienten hatten das 15. Lebensjahr bereits überschritten; die älteste, glücklich operirte Patientin war sogar 36 Jahre alt. Bei Allen wurde die vollkommene Correctur der Deformität in einer Sitzung im Lorenz'schen Redresseur erreicht. Blutig wurde nur die Achillessehne, und 2 mal subcutan die Plantarfascie durchtrennt.

Die Plattfussbehandlung (12 Ped. valg., 7 Ped. plan., 88 Ped. plan. valg.) wurde nach den in No. 30 dieser Zeitschrift v. J. entwickelten Grundsätzen durchgeführt. 11 mal wurde das Redressement des Plattfusses in Narkose ausgeführt; 3 mal gelang dieselbe erst nach der subcutanen Tenotomie des Extensor digit. comm. Von anderen Deformitäten des Fusses sind noch zu erwähnen: 4 paralyt. Ped. equin., 3 paralyt. Ped. calcan. und 2 paralyt. Ped. calcan. valg. excavat., 1 Versteifung des Talo-crural-Gelenkes und 3 Schleimbeutel-Entzündungen an der Fusssohle.

Wegen Lähmung wurde 3 mal die Sehnenverpflanzung ausgeführt Bei völliger Lähmung des Beines wurden Stützapparate gegeben. Bei einem Patienten, welcher 20 Jahre alt war und sein ganzes Leben hindurch mit seinem rechten Bein noch nicht aufgetreten war, gelang es, nach Beseitigung einer paralytischen Kniebeugecontractur und eines Klumpfusses, und nach Anpassung eines Schienenhülsenapparates, das gelähmte Bein zum Stehen und Gehen brauchbar zu machen. Ein 11jähriger Knabe mit fast völliger Paralyse beider Beine, der bis dahin nur mit Krücken sich fortbewegt hatte, lernte, nach Anlegen eines einfachen Stützapparates, innerhalb weniger Monate ohne Stock gehen. Ein Knabe mit angeborener Gliederstarre, — von 7 Jahren — der ebenfalls in seinem ganzen Leben noch niemals auf seinen Füsschen gestanden hatte, wurde durch Tenotomie der Achillessehnen und der Adductoren innerhalb eines halben Jahres so weit gebracht, dass er mit einem Stock oder an einer Hand geführt, gehen konnte.

Dass die Behandlung dieser paralytischen und spastischen Zustände so einfach und dankbar ist, ist immer noch viel zu wenig

bekannt; ich glaube desshalb, diese Fälle besonders hervorheben zu dürfen.

Ich kann diesen Bericht nicht schliessen, ohne auch an dieser Stelle Herrn Obermedicinalrath Prof. Dr. Angerer für das Interesse und die Unterstützung, die er jederzeit dem orthopädischen Ambulatorium entgegen gebracht hat, und durch die allein der Betrieb desselben möglich geworden ist, meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Feuilleton.

Jalta und das Südgestade der Krim
als Terrain für permanente klimatische Curorte.

Von Dr. *Weber* in Jalta.

Das Südgestade der Krim mit seinem Centrum, der Stadt Jalta, bildet ein ausserordentlich geeignetes Terrain für permanente klimatische Curorte; doch verstehen wir unter jener Benennung nicht etwa das ganze geographische Südufer der krimschen Halbinsel, sondern nur den schmalen Küstenstrich, der, von der Jailakette vor Nord- und Nord-Ostwinden geschützt, bei der Laspibucht beginnt uud mit Aluschta abschliesst, und längs der Südkrimstrasse gerechnet gegen 90 Werst misst; er liegt unter dem 40° 30′ N. B. und 51° 51′ Oe. L. — und hat gleich der levantischen Riviera eine Reihe von mehr weniger tief einschneidenden Meeresbuchten, an denen sich die Stadt Jalta und eine nicht unbedeutende Anzahl von Ansiedelungen etablirt haben, unter welchen wir Aluschta, Kostel, Partenit, Artek, Gurzuf, Magaratsch, Nikita, Livadia, Orcanda, Ai-Thodor, Gaspra, Mishor, Oleïs, Alupka, Simeïs, Limen, Kastropulo, Foros, Tesseli und Laspi nennen.

Durch die topographische Lage der genannten Ortschaften, sowie durch die Configuration der Jailakette mit ihren zahlreichen Abzweigungen, welche überall als mehr oder weniger prominirende Vorgebirge in's schwarze Meer ragen, werden die klimatischen Verhältnisse der genannten Ortschaften bedeutend beeinflusst und bilden somit mehr oder weniger geschützte Punkte; doch im grossen Ganzen wird der Einfluss der Jailakette auf die klimatischen Verhältnisse dieses Südstriches am schönsten durch die Localflora illustrirt. Von Laspi bis Aluschta gedeihen und überwintern im Freien Palmen, Lorbeer, Cypressen, Araucaria und die grossen Familien immergrüner Sträucher und Bäume, so dass die Flora dieser Gegend einen vollkommen südlichen Anstrich hat, wogegen hinter Aluschta bis Sudac, wo bei derselben südlichen Lage die Höhe des Jailarückens rasch abnimmt, von der genannten Flora nichts mehr zu merken ist. Daher hat Dr. W. N. Dmitriew, welcher seit 30 Jahren die klimatischen Verhältnisse der Südkrim studirt, die Grenzen des Südgestades wie oben bestimmt. Dieser Landstrich eignet sich zur Anlage von permanenten klimatischen Curorten noch ganz besonders durch den Umstand, dass der Bergrücken der Jailakette so nahe an den Strand heranrückt (4—6 Werst in der Luftlinie), dass in der heissen Jahreszeit (Juli-August) bei genügenden Communicationsmitteln in kurzer Zeit Villegiaturen auf einer Höhe von 1000—2000′ erreicht werden können. Da eben eine ganze Reihe von Projecten elektrischer und Drahtseilbahnen zu den Höhenpunkten vorliegen, so ist die Hoffnung vorhanden, dass auch Sommerfrischler, denen der Aufenthalt am Meeresufer im Sommer zu schwül ist, ohne die geringste Ermüdung täglich das prachtvolle Klima geniessen und dabei gleichzeitig in den duftigen Wäldern der Höhenzüge ihre stabile Wohnung haben können.

Klimatische Verhältnisse.

Da die klimatischen Verhältnisse an den verschiedenen Punkten des Südgestades nur ganz unbedeutenden Schwankungen unterliegen und für die Stadt Jalta uns die langjährigen meteorologischen Beobachtungen Dr. Dmitriew's vorliegen, so geben wir hier die Resultate eines zwanzigjährigen Berichtes über die ununterbrochenen meteorologischen Aufzeichnungen dieses Autors. Die mittlere Jahrestemperatur = + 13,7° C., (Winter = + 4,3° C., Sommer = + 23,3° C., Herbst = + 14,3° C.). — Die wärmsten Monate sind Juli und August (n. St.) mit einer mittleren Temperatur von + 24,3° C., die kälteste Januar und Februar mit einer mittleren Temperatur von + 4,1° C. Nach den hygrometrischen Aufzeichnungen gehört Jalta, wie das ganze Südgestade der Krim zu den mittelfeuchten Seecurorten (Jahresmittel = 60 Proc., Winter = 77 Proc., Frühjahr = 67 Proc., Sommer = 63 Proc., Herbst = 68 Proc.). Quantität der Niederschläge pro Jahr 464 mm. (Suchum = 1120, Batum = 2100). Heitere Tage pro Jahr 206. Von 1095 Notirungen (3 mal täglich) waren: 618 bewölkt (davon 69 Regen, 9 Schnee, 11 Nebeltage). Die Nebel traten am häufigsten im April und Mai auf. Im Verlauf des Jahres sind 10 Tage mit einer Temperatur unter 0°, doch nur 3 Tage, wo die Maximaltemperatur 0° nicht erreichte. Winde 61, davon 14 stark und 47 mässig. — Die meisten Winde kommen auf die Monate Januar, März und December.

Am häufigsten sind Mistrale oder Gebirgswinde (N. W.). Die Ostwinde wehen am Strande mit der grössten Gewalt, die Südwinde erzeugen hohe See und Wellenschlag (in der Bucht und der Stadt Jalta fühlt man sie weniger). Die Seebrisen unterhalten einen beständigen Austausch der Luft. Am Tage dringt die See-, in der Nacht die Bergluft in's Thal. Wenn man Jalta, sowie die übrigen bewohnten Ortschaften dieses Küstenstrichs mit den klimatischen Curorten des Westens vergleicht, so nähern sich die klimatischen Verhältnisse derselben denen Venedig's (+ um 3,8° C.), Pau (+ 6,3° C.); dagegen ist Jalta wärmer als Meran (um 1,8° C.), Montreux (um 2,4° C.), aber kälter als Nizza um 1,6° C. Was den Feuchtigkeitsgrad anbetrifft, so ist derselbe in Venedig = 79 Proc., Pau = 82 Proc., Meran = 68 Proc., Montreux = 80 Proc., Nizza = 63 Proc., Pisa = 81 Proc., dagegen in Jalta = 77 Proc. für die Wintermonate.

Die Cursaisons Jaltas, sowie am Südgestade der Krim.

Dank den eben erörterten klimatischen Verhältnissen bildet das Südgestade der Krim das Terrain für permanente Curorte und wenn an vielen Punkten desselben zu verschiedenen Zeiten des Jahres die Pensionen und sonstige Etablissements geschlossen werden, so hängt das von Localverhältnissen ab, die mit dem Klima nichts zu thun haben. In Jalta und seiner Umgebung, theilweise in Gurzuf, Alupka, Aluschta, Mishor und an anderen Orten bleiben die Pensionate und Hotels im Verlauf des ganzen Jahres offen, so dass sich verschiedene Saisons ausgebildet haben. Die Herbst- oder Traubensaison wird freilich von der Localbevölkerung einfach als «Saison» bezeichnet und umfasst nur einen kurzen Zeitraum von 2 Monaten (September und October), beginnt mit der Reife der Haupttheiltraube Chasselas und schliesst, sobald die kalten Nächte oder Regenschauer die Weinbergbesitzer zwingen, schnell die Traubenernte zu sichern. Zu dieser Zeit erstreckt sich das Curleben über alle Ansiedelungen des Südgestades, da ja das charakteristische Heilmittel dieser Saison, die Traube, überall prachtvoll gedeiht und das freie Seebad an den weniger überfüllten Ortschaften anziehender ist, wie in Jalta, so dass Viele die Zerstreuungen und sonstigen Bequemlichkeiten des Curcentrums entbehren, um sich ungestört der Cur zu unterwerfen. — Die Traube, sowie das offene Seebad bilden die Haupttheilmittel dieser Saison, wogegen die Kalt- und Warmwasser-Anstalten den zweiten Platz einnehmen. —

Die Witterungsverhältnisse der Herbstsaison sind ausserausserordentlich günstig, besonders wenn man dieselbe nur bis zum 1. November neuen Stils rechnet; Windstille, seltener Regen, heiteres Wetter, nicht zu drückende Hitze am Tage und milde Abendtemperatur charakterisiren dieselbe. Das freie Seebad ist bis zum halben October selbst empfindlichen Individuen zugänglich, da die Temperatur des Meerwassers selbst in der ersten Hälfte des Octobers selten unter 15—16° R. sinkt. Durch diese Witterungsverhältnisse wird diese Saison nicht nur von Kranken, sondern auch von Gesunden besucht, zumal von den Bewohnern der nordischen Residenzen, besonders Petersburgs, wo ja der Sommer kurz und nicht selten regnerisch ist; die bemittelte Classe verlängert sich auf diese Art einfach den Sommer.

Die zweite Gruppe von Curgästen dieser Saison bilden die aus den Curorten des Kaukasus, aus den Seebädern der Krim, sowie von den Limans bei Odessa Heimkehrenden, welche hier als Nachcur warme Seebäder, freies Seebad, Trauben- und Milchcuren gebrauchen. Alle Krankheitsgruppen, bei denen die Cur in genannten Bädern indicirt ist, versammeln sich im Herbst in Jalta, sowie den übrigen Curorten des Südgestades. Die Zahl der Lungenkranken, besonders der hocbgradigen Tuberculösen, ist im Anfang gering, doch beginnt der Zuzug derselben in der ersten Hälfte des Octobers und die meisten der Wintergäste stellen sich schon zum Schluss der Traubensaison ein. —

Die Wintersaison beginnt mit Octoberschluss und zieht sich bis Mitte März (alten Stils) hin; die meteorologischen Verhältnisse dieser Saison sind bereits oben berührt. Das Hauptcontingent dieser Saison bilden die Lungenkranken überhaupt und die Tuberculösen insbesondere. Für die Wintercur ist Jalta unter allen Curorten des Südgestades am meisten geeignet, da hier entsprechende Pensionate, sowie ärztliche Hilfe immer bei der Hand sind. Die grossartigen Hotels von Gurzuf bleiben leer, da dort eben bis jetzt nicht genügend für alle Bedürfnisse eines Kranken gesorgt ist. In dieser Saison beginnt die gesteigerte Thätigkeit beider musterhaft eingerichteter Wasserheilanstalten, sowie der Badeanstalten für warme See- und Süsswasserbäder. — Die Anstalten verabfolgen auch Bäder, sowie Frottiren und Massiren in die Pensionsanstalten. — Luft-, Kephir- und Milchcuren, bei guter, theilweise forcirter Ernährung bilden die Heilmittel dieser Saison.

Die Frühlingssaison beginnt Mitte März und zieht sich bis Anfang Juni hin, da die Sommerhitze hier erst spät auftritt.

Zu dieser Saison treffen viele Lungenkranke ein, welche es versäumten, schon im Herbst an eine Uebersiedelung zu denken; dazu werden sie durch die Exacerbation der Krankheit und durch das böse Märzwetter in unseren beiden Residenzen gezwungen. Uebrigens können wir auch nicht mit einem gar zu schönen Frühling dienen; zwar entwickelt sich die Flora schon mit Beginn des Februar und die Blüthen der Mandelbäume sind unsere Frühlingsboten, doch sind die Abende und Nächte noch recht empfindlich kalt und erst Ende April und Anfang Mai stellt sich richtiges Frühlingswetter ein. In der zweiten Hälfte des Frühlings tritt das freie Seebad zu den übrigen localen Winterheilmitteln, nicht gerechnet die Bergpromenaden mit ihren Terraincuren. Um diese Zeit fangen

auch die übrigen Curorte des Südgestades, besonders Gurzuf, Alupka und Mishor an, sich zu beleben, doch bleibt Jalta auch jetzt das Centrum des Curlebens, da mit dem 1. April die Gartenconcerte des Curhauses und besonders die Excursionszeit der Jaltaer Filiale des krimschen Bergclubs beginnen.

Die Sommersaison beginnt Anfang Juni und schliesst Ende August und ist für Jalta die Saison morte, dagegen füllen sich um diese Zeit alle kleineren, mit guten Badeplätzen versehenen Ortschaften des Südgestades — das freie Seebad, die Bergpromenaden, sowie der Kumys bilden die Hauptheilmittel dieser Saison. Das Südgestade ist der Ferienaufenthalt der lehrenden und lernenden Welt von Südrussland, besonders der continental gelegenen Universitätsstädte, da dort das vorherrschende Steppenklima den Sommer unerträglich macht, wogegen selbst die hohen Temperaturen beim Südgestade nicht so empfindlich. Da nun die Höhenzüge des Gebirges dem Strande so nah gerückt sind, werden die höher gelegenen Villegiaturen im Sommer gern benützt. Nach Durchführung der schwebenden Eisenbahn- und Elektrotramway-Projecte ist zu hoffen, dass der südliche Abhang der Jailakette den Sommerfrischlern leicht zugänglich gemacht wird. — Der krimsche Alpenclub, und besonders seine Jaltaer Filiale, welche erst seit 4 Jahren besteht, thut alles Mögliche, um selbst Unbemittelten die Bergtouren zugänglich zu machen.

Was die Lebensverhältnisse anbetrifft, so sind sie am Südgestade nicht billig, doch kann man für 60—80 R. monatlich Wohnung mit voller Pension, sowohl in Jalta, wie in den übrigen Ortschaften, besonders im Sommer finden; für den Herbst steigt der Pensionspreis und schwankt zwischen 80—100 R.

Referate und Bücheranzeigen.

Alois Pick: Vorlesungen über Magen- und Darmkrankheiten. I. Theil: Magenkrankheiten. 202 Seiten. (Preis 5 M.) II. Theil: Darmkrankheiten, mit 10 Abbildungen. 273 Seiten. (Preis 6 M.) Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1895 und 1897.

Die Anzeige des 1895 erschienenen I. Theils hat sich verzögert, weil Rec. bei einem relativ nicht sehr umfangreichen Buche erst das Erscheinen des Schlusses abwarten wollte. Man hätte die rasche Vollendung des Ganzen eigentlich früher erwarten können von einem Werke, welches «den Inhalt von Vorlesungen» wiedergibt. Denn diese Vorlesungen hat Verf. vor Collegen gehalten, und ist der wiederholten Aufforderung nachgekommen, dieselben zu veröffentlichen. Sie «sollen in knapper Form das für den Praktiker Wissenswerthe enthalten». Diese selbstgestellte Aufgabe hat der Verf. in dem Sinne erfüllt, als nichts wesentliches für den Arzt Wissenswerthes fehlt. Er geht aber auch an manchen Stellen über die selbst gesteckten Grenzen hinaus. Quantitative Salzsäurebestimmungen (mit Veraschung) im Magensaft, Stickstoff- und Fettbestimmungen in den Faeces u. A. gehören streng genommen nicht zu dem, was der Arzt wissen muss. Auch die zahlreichen Literaturangaben sind Zugaben, welche der Praktiker nicht braucht. Wenn aber Verf. mehr zu bieten versucht, als ein kurzes praktisches Compendium, so tritt er damit in Wettbewerb mit einer grossen Zahl ausgezeichneter neuerer Lehrbücher und Monographien, welche sich trotz ihres etwas grösseren Umfangs doch einen ausgedehnten Leserkreis unter den Praktikern erworben haben. Man braucht dabei nur an die in zweiter Auflage erschienenen Bücher von Rosenheim, Leo und die in 7 Jahren die 4. Auflage erlebenden Magenkrankheiten von Boas zu erinnern. Mit diesen, sowie mit anderen neueren Werken über Verdauungskrankheiten von Fleischer, Fleiner u. A. kann aber das Buch von Pick nicht recht concurriren. Es finden sich in wichtigen Capiteln manche Ungenauigkeiten. In der auch sonst nicht durch besondere Uebersichtlichkeit ausgezeichneten Vorlesung über «Typhlitis und Appendicitis» wird als häufigster Durchbruch des periappendiculären Abscesses der durch die vordere Bauchwand oder in die Eingeweide angegeben, während doch zweifellos der letztere viel häufiger ist; als erste therapeutische Maassregel wird ein mildes Laxans bezeichnet, was nach allen maassgebenden neueren Schriftstellern geradezu für nachtheilig gilt; die einzige zweckmässige Maassnahme, wenn die Diagnose eitrige Periappendicitis gestellt ist, ist nach Meinung des Verf. der operative Eingriff, wobei die offenbar unrichtige Bemerkung hinzugefügt wird, es sei dies die Meinung aller neueren Autoren. Auch in anderen Capiteln finden sich manche Irrthümer. So meint Verf., dass der Tumor bei Magencarcinom respiratorisch nicht verschieblich sei, während eine Verschieblichkeit eher das häufigere ist. Gegenüber solchen Ausstellungen soll nicht geläugnet werden, dass die Darstellung eine fliessende, sehr gut lesbare ist, die Literatur vielfach gut benutzt wird und öfters nützliche, auf persönlicher Erfahrung beruhende Bemerkungen eingestreut sind. So wird das Buch gewiss im Stande sein, das Interesse und das Verständniss für das wichtige Gebiet der Verdauungskrankheiten im ärztlichen Publicum zu fördern, wenn es auch nicht durchweg als unentbehrlicher Berather für ärztliches Erkennen und Handeln in der Praxis zu dienen berufen ist. Penzoldt.

Boas: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. I. Theil: Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Mit 41 Holzschnitten. 4. vermehrte und neubearbeitete Auflage. Leipzig, Georg Thieme, 1897. 390 S. Preis 10 M.

An der Lehre von den Magenkrankheiten wird lebhaft weitergearbeitet und Verf. ist einer der rüstigsten Mitarbeiter. Der wohlverdiente literarische Erfolg bleibt nicht aus. Alle anderthalb Jahre ungefähr wird eine neue Auflage nöthig und dieselbe hält sich stets, wie auch die vorliegende vierte zeigt, auf der Höhe der Zeit. Ja, noch mehr! Das von Anfang an ausgezeichnete Werk reift immer mehr aus. Weiteres zum Lobe des Buches zu sagen ist überflüssig; das besorgen schon die zahlreichen Käufer und Leser. Penzoldt.

Dr. O. Büttner und Dr. K. Müller: Technik und Verwerthung der Röntgen'schen Strahlen im Dienste der ärztlichen Praxis und Wissenschaft. 28. Heft der Encyklopädie der Photographie. Halle a. S., Druck und Verlag von Wilhelm Knapp. 1897. Preis 3 Mk.

In dem ersten, rein technischen Theil wird kurz und klar, was gewiss viele Mediciner und Aerzte begrüssen werden, die ja in der Mehrzahl meist schlecht in der Physik bewandert sind, die ganze Lehre von der Elektricität besprochen, soweit ihre Kenntniss nöthig ist zur Handhabung der für die Erzeugung der Röntgen'schen Strahlen nöthigen Apparate, damit der mit denselben arbeitende Arzt nicht beständig bei jeder Störung sofort auf die Hilfe des Physikers angewiesen ist. Für das Verfahren selbst wendet er im Gegensatze zu verschiedenen derzeit gebräuchlichen anderen Namen ausschliesslich den der Pyknoskopie an. Zahlreiche praktische Winke machen das Heft nicht bloss für den Anfänger, sondern auch für den Geübten besonders werthvoll.

Im 2. Theil, im klinischen, bespricht Verfasser zuerst die Fremdkörper und die Ortsbestimmung derselben. Des Weiteren hebt er die Verwerthung für die Anatomie und Pathologie der Knochen hervor, für das Studium über Knochenstructur und Knochenwachsthum, für Knochenbrüche und Verrenkungen. Auch für andere Knochenerkrankungen ist die Pyknoskopie ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel geworden, besonders für Tuberculose und maligne Neubildungen, da durch die Knochenherde hindurch die Strahlen eine weit höhere Durchlässigkeit besitzen als durch den normalen Knochen. Die Diagnose der Zahncysten, die früher gewöhnlich erst bei der Operation erkannt wurden, ist jetzt schon vor derselben möglich, da das Bild der Zähne auf der Platte deutlich zu Tage tritt. Sehr klärend wirken ferner und zwar sowohl in diagnostischer als therapeutischer Hinsicht die Bilder bei der congenitalen Hüftluxation und bei Coxa vara. Für die innere Medicin ist die Bedeutung der X-Strahlen keine geringere, wenn auch hier das Bild lange nicht so ausgebaut ist, wie in der Chirurgie. Wie die Chirurgie bisher von der Durchleuchtung der Bauchhöhle die geringsten Vortheile geschen hat, so hat auch die interne Medicin daraus bis jetzt wenig Nutzen gezogen. In geeigneten Fällen gelingt es, Leber, Milz und Nieren auf dem Schirm zu sehen, auch den erweiterten Magen, diesen als hellen Fleck, für gewöhnlich jedoch ist zur Diagnose der Magenerweiterung die Einführung von mit Gummiüberzug versehenen Drahtspiralen nöthig. Dagegen bewährt sich die Methode auch hier zur Auffindung von Fremdkörpern. Günstiger sind die Untersuchungsresultate für die Brusthöhle. Am Herzen können wir uns mit Leichtigkeit über die Qualität des Herzschlags orientiren, ebenso über die Lage des Spitzenstosses; durch die seitliche Durchleuchtung der Brust bekommen wir Aufschluss über die Dicke des Herzens; Erweiterung des Herzbeutels durch Flüssigkeitsansammlung, Verlagerung des

Herzens sind der Diagnose leicht zugänglich. Dadurch, dass es uns ermöglicht ist, das arbeitende Organ zu studiren, gewinnt hier die Anwendung des Schirmes an Bedeutung gegenüber der photographischen Aufnahme. Erweiterung der Gefässe, Aneurysmen der Aorta, Arteriosklerose sind durch Röntgen-Aufnahmen wiederholt nachgewiesen worden, so dass in Zukunft gehofft werden kann, dass mancher organisch Schwerkranker, der vorher für neurasthenisch gehalten wurde, der richtigen Diagnose und Behandlung zugeführt werde. Wir bekommen Aufschlüsse in der Differentialdiagnose zwischen Mediastinaltumor und Aortenaneurysma, in wie weit Geschwülste des Halses eine Compression auf die Luftröhre ausüben. Am wichtigsten sind die zu erhebenden Befunde an den Lungen, über beginnende Spitzeninfiltrationen, Exsudate in den Pleurahöhlen, Emphysem, wo sich die Grenzen des von der Lunge überlagerten Herzens mit unsern bisherigen Hilfsmitteln überhaupt nicht feststellen lassen, ferner über Verwachsungen des Herzbeutels mit dem Zwerchfell, über Steinbildungen im menschlichen Körper und Gichtknoten, welch' letztere man in den Gelenken als schwachen hellen Saum neben den dunklen Contouren des Knochens verlaufen sieht. Für die Gallensteine ist nach Lage der Sache nichts zu erwarten, dagegen ist es schon gelungen, Nierensteine auf der Platte zur Anschauung zu bringen und für Blasensteine besteht keine Schwierigkeit, so dass nach Ansicht der Verfasser, denen Ref. allerdings nicht beipflichten kann, die Durchleuchtung die Palpation mit der Sonde ersetzen kann. In einem Capitel «Die Röntgen-Strahlen im Dienste des Staates» weist Verf. auf die Bedeutung für Rechtsprechung in Unfallsachen hin, wo zur Entscheidung und Aufklärung ein Pyknogramm viel rascher beiträgt als viele Seiten Gutachten, für die Militärmedicin, was Fremdkörper und Invaliditätsansprüche betrifft, für den Richter bezüglich Verletzungen, Gravidität, das Lebensalter unbekannter Leichen. Den Schluss macht ein Verzeichniss der rasch sehr angewachsenen Literatur. Die Ausstattung der Schrift ist sehr gut, besonders zeichnet sie sich durch grossen klaren Druck aus. Dem Ganzen sind 5 hübsche photographische Reproductionen verschiedener Körpertheile beigefügt.

Privatdocent Dr. Ziegler, München.

Dr. med. **Georg Rosenfeld,** Specialarzt für innere Krankheiten in Breslau: **Die Diagnostik innerer Krankheiten mittels Röntgenstrahlen. Zugleich Anleitung zum Gebrauch von Röntgenapparaten.** Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden 1897. Preis 2.80 Mk.

Das vorliegende, 98 Seiten starke Werkchen über die neue «bioskopische» Kunst erschien im Februar 1897, also bereits nach reichlich 1 Jahr seit den ersten Röntgen-Publicationen. Während die praktische Verwerthung der dadurch gewonnenen diagnostischen Methode für chirurgische Zwecke bereits bis an gewisse Grenzen geführt ist, wie dies Oberst-Halle auf der jüngsten Naturforscher-Versammlung in Braunschweig ausführlich dargelegt hat, ist die Durchleuchtungsmethode bezüglich der inneren Medicin zwar schon vielfach verwerthet, aber noch in dem Stadium, dass wesentlich neue Ergebnisse erwartet werden können. R. gibt in seiner mit 4 Lichtdrucken von Röntgenbildern ausgestatteten, instructiven und empfehlenswerthen Schrift eine Uebersicht über das bis zu ihrem Erscheinen Geleistete, woraus ich Einiges kurz berühre, indem ich bemerke, dass manche Ausführungen des Autors beweisen, wie seine Materie zur Zeit noch durchaus im Flusse, unabgeschlossen vor uns liegt, die Methode eben in statu nascendi, allerdings in vorgerückterem Stadium sich befindet.

Am Kopfe ist ausser etwa im Schädelinnern vorhandenen Fremdkörpern, wie Bleikugeln, Knochensplittern besonders auch ein pathologischer Inhalt der Highmors- und Stirnhöhlen Gegenstand der Untersuchung mit den Röntgenstrahlen; doch scheinen hiebei die Ergebnisse bezüglich letzterer Localisationen noch ziemlich unsicher. Bezüglich der Halsregion erwähnt R., dass nur in ganz günstig liegenden Fällen es möglich sei, Gräten und ähnliche Körper mit Hilfe der Durchleuchtung bemerkbar zu machen, während es eher gelingt, Tumoren und Abscesse durch den Fluorescenzschirm, resp. die photographische Platte nachzuweisen.

Viel reicher ist die diagnostische Ausbeute bei der Untersuchung des Thorax und seiner Contenta. Das Thoraxskelet stellt sich auf dem Schirm, noch mehr auf der photographischen Platte mit Deutlichkeit dar; aber besonders Herz, Lungen und Zwerchfell können mit Hilfe der Durchstrahlung in vielen functionellen Details, sowie etwaigen Grössenveränderungen viel genauer untersucht werden, als mit den bisherigen Methoden allein. Am Herzen sieht man vor Allem bei richtiger Einstellung der Röhre die Grössenverhältnisse, z. B. bei gleichzeitigem Lungen-Emphysem, sehr deutlich, kann die Figur sogar messen; die Bewegungsphasen der Herzabschnitte bei normalem und pathologischem Verhalten lassen sich feststellen. Uebrigens deckt sich, wie R. anführt, bei recht klaren Verhältnissen die Percussionsfigur mit jener der Bioskopie oft auf das Genaueste — sicher ein Trost für die Nichtbesitzer eines Röntgenapparates. Von grossem praktischen Interesse ist, dass mit letzterem sackförmige und cylindrische Aneurysmen viel früher constatirt werden können, als durch Percussion und Auscultation allein.

Bezüglich der Erkrankungen der Lungen und ihrer Erkennung ist R. hoffnungsvoller, als z. B. Rumpf-Hamburg, nach dessen Ausführungen diese Affectionen durch die Röntgenbilder kaum eine schärfere Diagnose erfahren dürften. R. sagt, dass «mit staunenswerther Deutlichkeit sich Veränderungen im Lungengewebe ausprägen». Beide Beobachter sind aber darin einig, dass Veränderungen an den Pleuren durch Durchleuchtung unschwer zu erkennen sind. Im Mediastinum gelingt der Nachweis von Tumoren der Speiseröhre, von Drüsen- und anderen Tumoren.

Die Bioskopie der Bauchorgane ist noch nicht so weit gefördert; immerhin kann das Bild des Leberrandes, eines Theiles des Magens — die Methode, die grosse Curvatur durch Einbringen einer Wismutschüttelmixtur sichtbar zu machen, erwähnt R. nicht — der Milz, der Nieren, des Pankreas, des Psoas und Darmes (letzterer besonders bei Kindern) erhalten werden. An den Extremitäten werden ausser den chirurgischen Erkrankungen besonders auch arthritische, tuberculöse und luetische Veränderungen durch die Röntgenstrahlen nachweisbar.

Sehr dankbar werden Alle, die mit Röntgenapparaten arbeiten wollen, dem Verfasser sein, dass er im 2. Theile seiner Schrift «technische Anleitungen» bringt, die das Resultat vieler schlechten und guten Erfahrungen des Experimentators darstellen. Die Zusammensetzung der tauglichsten Apparate, die Herstellung guter Photogramme ist eingehend geschildert, auch gibt R. ein photometrisches Verfahren für die Messung der Röntgenstrahlen an. Der letzte Abschnitt: «Die Röntgenstrahlen und das Auge» berichtet noch von dem Bankerott der Hoffnungen, die sich betreffs der Beseitigung von Blindheit an Röntgen's Entdeckung knüpften.

Dr. Grassmann-München.

Chotzen: Atlas der Syyhilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studirende und Aerzte. Hamburg, Leopold Voss 1897.

Mraček: Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten, mit einem Grundriss der Pathologie und Therapie derselben. Lehmann's medic. Handatlanten, Bd. VI, 1898.

Von dem in Einzellieferungen erscheinenden Atlas von Chotzen liegen bis jetzt 4 Hefte vor, welche die Sklerosen, die Ulcera mollia und Exantheme umfassen. Die aus dem Institut von Julius Kiinkhardt hervorgegangenen, von dem Kunstmaler Eugen Burkert nach der Natur aufgenommenen chromolithographischen Tafeln sind von dem Herausgeber mit einem begleitenden Texte versehen, welcher nicht nur die nöthigen Erläuterungen zu der Abbildung gibt, sondern auch vielfach differential-diagnostische Merkmale bringt. Die Initialerscheinungen sind durchwegs klar und leicht erkenntlich dargestellt, ganz besonders gut gelungen erscheinen die verschiedenen Exanthemformen, nicht nur die syphilitischen, sondern auch die vulgären, von Urticaria und Pityriasis versicolor. Ein Theil der Abbildungen in Lieferung 13 (Papeln und maculo-papulöse Syphilide) erscheinen nicht ganz natürlich, auch wenn man die Bilder aus einiger Entfernung, etwa mit ausgestrecktem Arme, senkrecht gehalten, betrachtet, es sehen die einzelnen Efflorescenzen zum Theil wie auf die Haut aufgesetzt, anstatt aus dieser herauskommend aus, doch sind in Tafel 15 die Schattirungen und Lichter besser aufgesetzt, wie in den vor-

ausgehenden und nachfolgenden. Aehnliche Ausstellungen habe ich auch in der Lieferung IV an der Tafel 19 und 20 zu machen, während die übrigen Bilder nichts zu wünschen übrig lassen. Im Grossen und Ganzen können wir diesen Atlas als ein vortreffliches Hilfsmittel für den Studirenden und für den Arzt bezeichnen, ihm in nicht ganz sicheren Fällen zur Stütze seiner Diagnose zu dienen, sowie als eine Handhabe für den Unterricht in der Klinik.

Ein gleich günstiges Urtheil dürfen wir über den Atlas von Mračeк abgeben, der zu den von der rührigen Firma Lehmann herausgegebenen und bei den Studirenden sich so grosser Beliebtheit erfreuenden Handatlanten gehört.

Das Material zu den Abbildungen, welche aus 71 fertigen Tafeln nach Originalaquarellen von Maler A. Schmitson und 16 schwarzen Abbildungen bestehen, ist zum grössten Theil der dem Verfasser unterstehenden Abtheilung im k. k. Rudolfspitale zu Wien entnommen, die Auswahl nach der Häufigkeit und der praktischen Bedeutung der Affectionen getroffen. Die Zahl mancher Abbildungen hätte unbeschadet dem Werthe des Atlas auch geringer genommen werden dürfen, so die der Papelbildungen, zumal es sich hier auch um die am besten gekannten Krankheitsformen handelt. Die weitaus grössere Mehrzahl der Abbildungen ist ausgezeichnet gelungen, ganz besonders gilt dies von den Exanthemen, während einzelne, wie Tafel 5 (Oedema indurativum), Taf. 11 (Sklerosis tonsillae), Taf. 23 (papulöses Syphilid), Taf. 44 (Framboesia syphilitica), Taf. 63 (Aden. inguinalis) nicht so gut gelungen sind, dass man, ohne vom Texte Einsicht zu nehmen, sofort das darzustellende Object erkennen könnte.

Den einzelnen Tafeln sind kurze Krankengeschichten beigegeben und den Schluss des Atlas bildet ein Grundriss der Pathologie und Therapie der Syphilis und der venerischen Krankheiten.

Seifert.

Neueste Journalliteratur.

Deutsches Archiv für klinische Medicin. 59. Band, 3. und 4. Heft.

Hasenfeld: **Ueber die Herzhypertrophie bei Arteriosklerose nebst Bemerkungen über die Herzhypertrophie bei Schrumpfniere.** (Aus der med. Klinik in Leipzig.)

Die Arteriosklerose führt nur in der Minderheit der Fälle zu einer Hypertrophie des linken Ventrikels und zwar nur dann, wenn eine Sklerose der Splanchnicusgefässe vorhanden ist. In den vom Verf. untersuchten Fällen von Schrumpfniere waren beide Herzabschnitte in gleicher Weise hypertrophisch, trat dazu noch eine Sklerose der Splanchnicusgefässe, so überwog die Hypertrophie des linken Ventrikels. H. vermuthet, dass die Veränderungen des Stoffwechsels und der Blutcirculation, welche durch die Schrumpfniere bedingt werden, das ganze Herz zu verstärkter Thätigkeit anspornen und dadurch in gleicher Weise zur Hypertrophie beider Herzhälften führen.

E. Jendrássik-Budapest: **Ueber die Hemiatrophia faciei.**

Die Frage, ob die dem halbseitigen Gesichtsschwund zu Grunde liegende, zweifellos neurotische Atrophie durch eine Laesion des Trigeminus oder durch eine solche des sympathischen Systems zu erklären ist, beantwortet J. auf Grund von klinischen Beobachtungen und Speculationen dadurch, dass er diese Krankheit aus einer Laesion der sympathischen Kopfganglien oder der mit denselben verbundenen Remak'schen Fasern herleitet. Verf. fordert auf, bei Sectionen von halbseitiger Gesichtsatrophie den Zustand der Ganglien des Kopfsympathicus zu untersuchen.

Hilbert: **Ueber Wesen und Bedeutung der Mischinfection bei Diphtherie und ihr Verhältniss zur Heilserumtherapie.** (Aus dem hygien. Institut in Königsberg i. Pr.)

Neben den Diphtheriebacillen werden meist auch andere Mikroorganismen (Streptococcen u. s. w.) in den Membranen gefunden.

Durch eine Vermischung mit Streptococcen oder auch durch deren Stoffwechselproducte wird das Wachsthum der Diphtheriebacillen auf künstlichen Nährböden begünstigt und augenscheinlich auch die Production des Diphtheriegiftes vermehrt.

Auch aus den Resultaten der Thierversuche lässt sich ersehen, dass die Virulenz der Diphtheriebacillen durch Association mit Streptococcen gesteigert wird, dass aber auch die Streptococcen ihrerseits bei der gemeinsamen Einführung mit den Diphtheriebacillen virulenteres und stärkeres Gift erzeugen.

Borrmann-Zürich: **Beiträge zur Thrombose des Pfortaderstammes.**

An der Hand von sieben Fällen aus der Literatur und nach einer eigenen Beobachtung kann Verfasser darthun, dass Pfortaderthrombosen ausser durch Compression und Entzündung von der Umgebung aus auch durch primäre, atheromatöse Erkrankung der Pfortaderwandung selbst entstehen können. Die Krankheit setzt dann meist mit heftigen Schmerzen und allen Zeichen der Pfortaderstauung (Ascites, vergrösserte Milz, Blutbrechen, blutige Stühle) ein. Durch Canalisation des Thrombus kann eine geringe Besserung des schweren Zustandes bedingt werden.

Kattwinkel: **Ueber Störungen des Würgreflexes, der Sprache und der Deglutition bei Hemiplegien.** (Aus dem klin. Institut in München.)

Nach den Untersuchungen des Verf. ist der Würgreflex bei Störungen in der rechten Hemisphäre, also bei linksseitigen Hemiplegien viel häufiger erloschen als bei rechtsseitigen Hemiplegien. K. glaubt das Centrum für den Würgreflex in das Corpus striatum der rechten Hemisphäre verlegen zu müssen und vermuthet dort auch die Gegend für das Centrum der Deglutition.

Verfasser weist des Ferneren nach, dass bei rechtsseitigen Hirnherden Sprachstörungen recht häufig vorkommen, dass diese aber dann meistens articulatorischer Natur sind. Nach der Auffassung K.'s liegt in der linken Hemisphäre und zwar in dem Broka'schen Lappen das Centrum für die Wortbilder, von dort werden die Impulse zum Sprechen dem eigentlichen Articulationscentrum in der 3. Frontalwindung der rechten Hemisphäre mitgetheilt.

Barlow-München: **Ueber Bacteriurie.**

Präcisirung des Begriffes Bacteriurie. Erschöpfende Zusammenstellung der Literatur über dieses Capitel. — Bericht über die eigenen Beobachtungen und den bacteriologischen Befund bei denselben. Erörterung der Frage, auf welchem Wege die Bacterien in den Harn kommen. Kritische Bemerkungen über die Diagnose, über Prognose und Therapie dieser merkwürdigen, noch wenig erforschten Harnveränderung.

Askanazy: **Ueber den Wassergehalt des Blutes und Blutserums bei Kreislaufstörungen, Nephritiden, Anaemien und Fieber nebst Vorbemerkungen über die Untersuchungsmethoden und über den Befund unter physiologischen Verhältnissen.** (Aus der med. Klinik in Königsberg i. Pr.)

Aus den Vorversuchen zu dieser Arbeit ergab sich auf's Neue, dass es nicht angängig ist, den Werth der specifischen Dichte des Blutes ohne Weiteres als Maassstab für den Wassergehalt des Blutes hinzustellen, dass ferner die Frauen ein niedrigeres specifisches Gewicht als auch eine geringere Menge von Trockensubstanz im Blute aufweisen als die Männer, dass dagegen das Blutserum der Frauen sich gerade umgekehrt verhält wie das Gesammtblut, d. h. ein höheres spec. Gewicht und einen geringeren Wassergehalt zeigt als das der Männer.

Das Resultat der interessanten Untersuchungen über die Veränderungen der Blutzusammensetzung bei incompensirten Herzfehlern, bei Nephritis mit und ohne Hydrops, bei anaemischen Zuständen und bei der Leukaemie sind im Original nachzusehen.

H. Rieder-München: **Ueber die Verwendbarkeit des Farbstoffes Sudan III in der klinischen Mikroskopie.** (Aus der med. Klinik in München.)

Verf. empfiehlt den von den Histologen schon seit einiger Zeit zum Nachweis von Fett angewandten Farbstoff (Sudan III in alkoholischer Lösung) auch für klinisch-mikroskopische Untersuchungen.

Die von R. angegebene, einfach zu handhabende Methode zur Erkennung von Fetttröpfchen in Harncylindern, in Epithelien, im Stuhl und Erbrochenen, bei Lipurie wird die umständlichere und wenig zuverlässige Osmiumsäurefärbung bald verdrängen.

Kleinere Mittheilung:

Heusen: **Ueber einen Befund von Infusorien im Mageninhalt bei Carcinoma ventriculi.** (Aus der med. Klinik zu Kiel.)

L. R. Müller-Erlangen.

Zeitschrift für klinische Medicin. 33. Band. 3. u. 4. Heft.

4. Th. Pfeiffer: **Ueber den Fibringehalt des menschlichen Blutes und die Beziehungen desselben zur sogenannten Crusta phlogistica.** (Aus der medicinischen Klinik von Kraus in Graz.)

Nach einleitenden Bemerkungen über die diesbezügliche Literatur beschreibt der Verfasser seine Untersuchungsmethode. Von dem durch Aderlass gewonnenen Blut wird ein Theil mit 4 proc. Kaliumoxalatlösung versetzt und der N-Gehalt des aus dieser Mischung durch Centrifugiren gewonnenen Plasmas bestimmt, ein Theil dieses Oxalatplasmas mit 2 proc. Chlorkaliumlösung versetzt und der Spontangerinnung überlassen; dann der N-Gehalt des bei dieser Gerinnung abgeschiedenen Serums bestimmt; ferner wurde das Plasmavolum nach Bleibtreu bestimmt, daraus der Grad der Verdünnung des mit Oxalat versetzten Plasmas und Serums und dann aus der Differenz der Stickstoffwerthe der Fibrinstickstoff berechnet. Von den verschiedenen zur Untersuchung gelangenden Krankheiten wiesen die einen, nämlich Typhus abdom., Malaria, Sepsis (ohne locale Eiterherde) und Nephritis (Uraemie) den normalen Fibrinstickstoffwerthen von 30,8—45,0 mg nahestehende Werthe auf, während die anderen, nämlich Pneumonie, Gelenkrheumatismus, Erysipel, Scarlatina, Peritonitis ausserhalb aller Fehlergrenzen liegende Vermehrung des Fibrinstickstoffs zeigten. Dabei zeigte sich ferner, dass der Fibrinstickstoff bei Pneumonien nach dem kritischen Abfall trotz Fortdauer der localen anatomischen Veränderungen abnimmt, und dass im Allgemeinen eine Vermehrung des Fibringehaltes, eine Hyperinose, denjenigen

Krankheiten zukommt, bei welchen sich eine Hyperleukocytose findet, wenn auch kein directer Parallelismus zwischen Hyperinose und Hyperleukocytose besteht. Ferner untersuchte Verfasser die Bedingungen für die Entstehung der Speckhaut, der sogenannten Crusta phlogistica, bei der Gerinnung. Da zur Erklärung hiefür die Annahme einer verlangsamten Gerinnung allein nicht ausreicht, so prüfte Verfasser das specifische Gewicht der Blutkörperchen und des Blutserums bei verschiedenen Krankheiten, sowie bei verschiedenen Thieren, wie Pferden, Rindern, Hunden, Katzen und Schweinen, und ebenso auch die Viscosität des Blutes durch Bestimmung der inneren Reibung nach Ostwald, und fand, dass weder das specifische Gewicht des Serums und der Blutkörperchen, noch die Viscosität des Blutes Zahlenwerthe zeigt, welche die Unterschiede in der Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen und damit das wechselnde Auftreten der Crusta phlogistica erklären könnten. Es bleibt für die rasche Sedimentirung der rothen Blutkörperchen nur die Geldrollenbildung als Ursache übrig, für welche das sich abscheidende Fibrin und damit der Gerinnungsvorgang selbst verantwortlich zu machen ist.

5. A. Magnus-Levy: **Ueber Aufgaben und Bedeutung von Respirationsversuchen für die Pathologie des Stoffwechsels, (nebst kritischen Bemerkungen zur Technik derselben),** zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

6. A. Magnus-Levy: **Untersuchungen zur Schilddrüsenfrage. — Gas- und Stoffwechseluntersuchungen bei Schilddrüsenfütterung bei Myxoedem, Morbus Basedowii und Fettleibigkeit.** (Aus der I. med. Abtheilung des städt. Krankenhauses am Urban.) (A. Fränkel.)

Verfasser fand bei seinen mit dem Zuntz-Geppert'schen Respirationsapparat angestellten Versuchen an 10 Patienten eine hochgradige Steigerung des Gaswechsels in Folge von Schilddrüsenfütterung (um 60—90 Proc. der Anfangswerthe), nur bei dem Myxoedempatienten; bei einem 12jährigen Kinde mit leichter Struma und bei einer älteren Frau mit Morb. Basedow fehlte jede Steigerung des Gaswechsels; bei einer Kropfpatientin und 2 Fettleibigen wurden während der Schilddrüsenfütterung nur vereinzelte höhere Werthe des Gasumsatzes gefunden; bei den übrigen 3 Fettleibigen und bei einer Kropfkranken fand sich eine Steigerung des O-Verbrauchs um 10—15 Proc., bei einer Struma endlich eine solche um 25 Proc. Es zeigte sich ferner bei allen positiven Reihen eine cumulative Wirkung der Thyreoidinzufuhr, erkennbar durch die lange Nachwirkung und bei geringen Dosen und Dosirung in längeren Fristen eine Art von Gewöhnung, so dass der Steigerung der Dosen die Steigerung des O-Verbrauchs nicht gleichen Schritt hielt. Versuche mit Jodkalium und Thyreoantitoxin ergaben keine Erhöhung des O-Bedarfs. Was die einzelnen zur Untersuchung herangezogenen Krankheitsformen anlangt, so ist bei dem Myxoedemkranken zu erwähnen, dass eine deutliche Herabsetzung des Gaswechsels, der Wärmebildung und des Stickstoffwechsels in der thyreoidinfreien Zeit bestand, dass durch Thyreoidintabletten sowohl, als auch durch Thyrojodin eine bedeutende Steigerung des Gas- und des Stickstoffwechsels eintrat, während ein besonderer Einfluss auf den Phosphorsäureumsatz, sowie auf die Harnsäure und Alloxurbasen nicht wahrgenommen wurde. Beim Basedow fand sich im Gegensatz hiezu eine Erhöhung des O-Verbrauchs, welcher mit der Besserung der Symptome abnahm, so dass die Erklärung des Morbus Basedow nach Moebius durch Annahme einer «übermässigen» Function der Schilddrüse hiedurch gestützt wird. Bei der Fettleibigkeit, für welche sich bisher eine wirklich bedeutende Herabsetzung des Umsatzes nicht beweisen liess, konnte auch Verfasser nichts Derartiges finden, während eine geringgradige Herabsetzung, welche zur Erklärung des allmählichen Zustandekommens der Fettleibigkeit genügend wäre, durch die bisherigen Methoden überhaupt nicht nachweisbar ist. Für die Verwendung der Schilddrüsenfütterung zu Entfettungscuren ist zu bemerken, dass der Hauptantheil des Gewichtsverlustes bei Thyreoideamedication auf den Wasserverlust entfällt, dass ferner auch häufig ein beträchtlicher Eiweissverlust stattfindet, welcher als ein toxogener aufzufassen ist, da es nicht gelingt, denselben durch erhöhte Nahrungszufuhr zu beseitigen; dass also die Stoffwechseluntersuchungen nicht zu Gunsten der Schilddrüsentherapie als Entfettungscur sprechen.

7. A. Gottheiner-Berlin: **Die Harngifte und die Uraemie, mit einem Beitrag zur Lehre vom Milchsäuregehalt des Blutes.**

Während schon Pouchet die Ursache der Uraemie in der Retention von alkaloidartigen Körpern, welche normaler Weise im Harn ausgeschieden würden, sah, suchten Feltz und Ritter die Entstehung der Uraemie durch die Vermehrung der Kalisalze im Blut darzuthun, dagegen wurde aber von v. Limbeck gezeigt, dass die Vermehrung der Kalisalze im Blut eine Leichenerscheinung sei, während das dem lebenden Thier entnommene Blut keinen erhöhten Gehalt an Kalisalzen aufwies. Es wurden daher wieder mehr organische Verbindungen als die Ursache der Anaemie angesehen; Pouchet und namentlich Bouchard stellten Alkaloide aus dem Harn dar und letzterer fand, dass normaler Harn, in's Blut injicirt, Symptome wie bei der Uraemie hervorruft. Er nimmt zur Erklärung des sehr wechselvollen Symptomencomplexes 7 verschiedene Gifte an, welche je nach der davon vorhandenen Quantität das Ueberwiegen oder Fehlen der einzelnen Symptomengruppen bedingen. Eine Bestätigung dieser, namentlich von deutscher Seite, besonders von Stadthagen vernichtend kritisirten Theorie sah Bouchard darin, dass er die Toxicität des Harns Uraemischer bis auf ein Drittel des normalen, ja sogar bis zur Ungiftigkeit herabgesetzt fand. Da von v. Jaksch, Peiper und Rumpf und besonders von v. Limbeck auf eine bedeutende Alkalescenzverminderung des uraemischen Blutes hingewiesen wurde, prüfte Verfasser bei experimentell durch Ureterenunterbindung uraemisch gemachten Hunden, ob die Alkalescenzverminderung durch eine Vermehrung der Milchsäure im Blute bedingt werde. Aus einer Reihe von uraemisch gemachten Hunden gelang es nur bei einem, noch intra vitam eine genügende Menge von Blut zur Untersuchung zu gewinnen, und die Bestimmung der Milchsäure nach dem von Drechsel modificirten Verfahren ergab einen Gehalt an Milchsäure von 0,0384 Prom. im uraemischen Blute gegenüber 0,0087 Prom. im normalen Blute desselben; dagegen war bei einem anderen Hunde im normalen Blute schon 0,0373 Prom. Milchsäure nachweisbar, so dass aus einem vermehrten Milchsäuregehalt die Alkalescenzverminderung des uraemischen Blutes nicht erklärt werden kann.

8. R. Heller, N. Mager, H. v. Schrötter-Wien: **Ueber das physiologische Verhalten des Pulses bei Veränderungen des Luftdruckes.** Aus den Untersuchungen über Luftdruckerkrankungen.

Die Verfasser berichten über Untersuchungen des Pulses, die sie in comprimirter Luft bis zu 2,6 Atmosphären Ueberdruck und in verdünnter Luft gemacht haben. Die Pulsfrequenz zeigte constant eine Herabsetzung während des Aufenthaltes in verdichteter Luft, wenn psychische Erregung ausgeschlossen werden konnte, nach dem Uebergang in gewöhnliche Luft nahm die Frequenz wieder zu; manchmal wird sie grösser, als vor dem Eintreten in comprimirte Luft. Bei Luftverdünnung nimmt die Pulsfrequenz zu, wie die Verfasser auch bei einer Besteigung des Dachsteines und bei einer Ballonfahrt bis zu 3100 m Höhe nachwiesen. Das Pulsbild zeigte bei Aufenthalt in verdichteter Luft nur eine geringe, nicht constante Abnahme der Höhe der Pulse und häufig ein früheres Auftreten der ersten, prädikroten Elevation nach dem Hauptgipfel, welche nach dem Verlassen des die comprimirende Luft enthaltenden Raumes wieder an die alte Stelle rückt. Häufig wird die Pulswelle bei Aufhören der Luftverdichtung niedriger als sie vor der Luftverdichtung war. Beim Aufenthalt in verdünnter Luft wie bei Bergbesteigungen und Ballonfahrten, war ausser einer manchmal vorhandenen geringen Dikrotie des Pulses keine Veränderung zu beobachten, was mit den von Conway bei schwierigen Bergbesteigungen aufgenommenen Pulsbildern völlig übereinstimmt. Lindemann-München.

Centralblatt für innere Medicin. 1898. No. 3.

R. Drews-Hamburg: **Weitere Erfahrungen über den Einfluss der Somatose auf die Secretion der Brustdrüsen bei stillenden Frauen.**

Die früher (Centralblatt für innere Medicin 1896, No. 23) mitgetheilten, an 25 stillenden Frauen beobachteten günstigen Erfolge der Somatose-Behandlung haben sich an weiteren 75 Fällen bestätigt. Die Somatose übt auf die Brustdrüsen von stillenden Frauen eine specifische directe Einwirkung aus. Durch die Darreichung der Somatose gelingt es, einerseits eine ungenügende Secretion in reichlicher Weise zu steigern, andererseits eine schon in früher Zeit des Stillens versiegende Secretion in ausreichender Weise wiederherzustellen, vorausgesetzt, dass die Brustdrüsen überhaupt gut entwickelt und nicht Krankheiten vorhanden sind, welche der Mutter das Stillen überhaupt verbieten. Verfasser verordnete 3—4 mal täglich 1 Theelöffel (zusammen 12—16 g) Somatose in warmer Milch, Cacao oder Haferschleim; das Präparat, das fast geschmacklos ist, löst sich in allen Flüssigkeiten gut. Die Darreichung erfolgte, sobald sich die ersten Zeichen der verminderten Secretion (Kopf-, Rücken-, Brustschmerzen, Abmagerung der Mutter, Schlaffwerden der Brüste) einstellten oder auch schon im letzten Monat der Schwangerschaft. W. Zinn-Berlin.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 47. Bd., 1. Heft. Leipzig, Vogel, 23. Dec. 1897.

1) Gerulanos: **Ueber das Vorkommen von Radialislähmung nach einer heftigen Contraction des Musculus triceps brachii.** (Chirurg. Klinik Greifswald.)

Ein gesunder Mann stiess plötzlich während der Landarbeit mit der Schaufel auf einen harten Widerstand und erlitt im unmittelbaren Anschluss daran eine Lähmung des N. radialis. In der Literatur sind ähnliche Fälle beschrieben worden, bei denen eine Lähmung des Radialis nur durch eine kräftige Contraction des Triceps herbeigeführt wurde.

G. erklärt die Möglichkeit dieser Lähmung aus der anatomischen Lage des N. radialis. Derselbe liegt im ganzen mittleren Drittel des Oberarmes direct auf dem Periost in einem Bindegewebsspalt, welcher ihm seitliche Excursionen bis über 1 cm gestattet, und ist dabei vom Muskelbauche des M. triceps bedeckt. Der Nerv würde jedesmal bei der Contraction dieses Muskels eine Compression auf die hintere äussere Knochenkante erfahren, wenn derselbe nicht eine Verschiebung gegen den sehnigen Vorsprung des Muskels erfahren würde, wo er unter diesem gespannten

Bande Schutz findet. Die Verschiebung geschieht dadurch, dass der Muskelbauch sich an die Knochenoberfläche anschmiegt.

Die Raumbeengung innerhalb des Nervencanales bei der Tricepscontraction wurde von G. vermittels des Quecksilbermanometers nachgewiesen. Weiter konnte an einem eingeführten Wachsstäbchen deutlich die durch die Muskelcontraction verursachte Abflachung erkannt werden.

Unter gewissen Umständen kann es nun vorkommen, dass der Nerv am Ausweichen gehindert und so zwischen Knochen und Muskel comprimirt wird. Solche Umstände sind z. B. Fixation des Nerven durch die Vorderarmmusculatur oder plötzlich einsetzende Contraction des M. triceps. Prädisponirend wirken chronische Infectionen und Intoxicationen (Alkohol).

Eine Nervenzerrung im Sinne einer übermässigen Nervendehnung erscheint dem Verfasser aus anatomischen Gründen nicht wahrscheinlich. Derartige Fälle werden sich wohl durch dieselbe Muskelwirkung erklären lassen.

2) Sick: **Zur Lehre von den Gewebshypertrophien mit Betheiligung des Nervensystems.** (Chirurg. Klinik Greifswald.)

Ein 22jähriger Patient war mit einem ausgesprochenen wahren Riesenwuchse des lingen Zeigefingers geboren. Wegen der bald nach der Geburt noch zunehmenden Vergrösserung war der Zeigefinger unter Belassung der halben Grundphalanx amputirt worden,

Einige Jahre darauf entwickelte sich in der Hohlhand, entsprechend dem Metacarpus des Zeigefingers eine gelappte Geschwulst, etwa von der Grösse eines normalen Daumenballens. Da der Tumor in letzter Zeit noch zugenommen hatte, wurde die Exstirpation desselben von Helferich vorgenommen. Das halb lappige, halb zottige Gebilde hing nach aufwärts an einer Art Stiel, der unmittelbar in den N. medianus überging. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibroneurom handelte mit vorwiegender Betheiligung des Nervenbindegewebes; an den Spitzen des Tumors konnte noch Nervengewebe normaler Beschaffenheit nachgewiesen werden.

Fast zu gleicher Zeit wurde in der Greifswalder Klinik ein fünfjähriger Knabe mit Riesenwuchs des rechten Zeigefingers beobachtet.

3) Riggenbach: **Ueber den Keimgehalt accidenteller Wunden.** (Chirurg. Klinik Basel.)

R. hat sich der dankbaren Aufgabe unterzogen, 24 accidentelle Wunden, wie sie in der Baseler Poliklinik beobachtet wurden, einer bacteriologischen Untersuchung zu unterziehen. 8 der Wunden waren durch schneidende, 16 durch quetschende Gewalten hervorgerufen. Vom Augenblick der Verletzung bis zur Vornahme der Untersuchung waren 30 Minuten bis drei Tage verstrichen.

Mit einer einzigen Ausnahme gelang es in allen Fällen, pathogene Keime nachzuweisen. Am häufigsten fand sich der Staphylococcus albus und zwar 15mal, d. h. in 62,5 Proc der Fälle. Bei 10 dieser Fälle war der Heilungsverlauf ein ungestörter. R. glaubt nach seinen Untersuchungen annehmen zu dürfen, dass der Staphylococcus albus in den Aureus übergehen kann.

Der Micrococcus tetragenus wurde 4mal nachgewiesen, Streptococcen 11mal und Tetanusbacillen 2mal (!). Ausserdem fand sich noch eine grosse Menge anderer, minder wichtiger Bacterien.

Die Untersuchungen lassen keinen Zweifel darüber, dass die Hauptquelle der Keime solcher accidentellen Wunden die Körperoberfläche in der Wundumgebung ist. Die Grösse der Keimgehalte hängt vor allen Dingen ab von der Zeit, die seit der Verletzung verstrichen ist.

Der antiseptischen Behandlung der Wunde muss entschieden ein Einfluss auf den Keimgehalt zugesprochen werden. Das ergibt sich vor allen Dingen aus der Thatsache, dass antiseptische Verbände regelmässig den Keimgehalt herabsetzten, während intercurrent angelegte aseptische Verbände denselben regelmässig wieder ansteigen liessen. Im Gegensatz zu Schimmelbusch kommt Verfasser daher zu der Schlussfolgerung, dass ein vernünftiges Desinfectionsverfahren zweifellos gerechtfertigt ist. Die Wirkung der Antiseptica wird vor allen Dingen auf ihre positiv chemotaktischen Eigenschaften zurückzuführen sein, indem dadurch die Umgebung der Wunde vor einer bacteriellen Invasion geschützt wird.

4) Reinhardt-Berlin: **Ein Fall von halbseitiger Verletzung des Halsmarkes.** (Charité Berlin.)

R. beschreibt eine durch Stich erzeugte Laesion der linken Hälfte des Halsmarkes in der Höhe des 3.—5. Cervicalsegmentes. Die Störungen waren folgende:

1. Lähmung der linken Körperhälfte von der Schulter an abwärts, einschliesslich linker Zwerchfellhälfte.
2. Schwere Lähmung des Musc. rhomboides und des mittleren und unteren Theiles des Cucullaris.
3. Verengerung der linken Pupille und der linken Lidspalte.
4. Sehr schnell vorübergehende Urinverhaltung und Stuhlträgheit.
5. Störungen der Schmerz- und Temperaturempfindung auf der gekreuzten Seite von der Schulter und 2. Rippe an abwärts, mit geringer Hyperalgesie oberhalb der betroffenen Partien.
6. Nach einigen Wochen Erhöhung der Sehnenreflexe auf der gelähmten Seite.
7. Herabsetzung der Schweisssecretion auf der gelähmten, der Temperatur auf der gekreuzten Körperhälfte.

5) Habs: **Aneurysma spurium der Femoralis, combinirt mit Varix aneurysmaticus.** (Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg.)

Die durch die Ueberschrift gekennzeichnete Erkrankung wurde durch die Exstirpation des Sackes und Resection beider Gefässe geheilt.

6) Habs-Magdeburg: **Exstirpation eines von der Schädelbasis ausgehenden Angiomyxofibroms mittels temporärer Resection des harten Gaumens.**

Nach Durchsägung des Vomer wurde der harte Gaumen vor den Zahnlücken der Eckzähne aus beiderseits nach hinten durchmeisselt, ebenso der entsprechende Alveolarrand mit dem Meissel durchtrennt, und nun der harte Gaumen nach hinten heruntergeklappt. Der Zugang zur Nasenhöhle war jetzt ein recht bequemer, der Erfolg der Operation ein sehr guter.

Eine ähnliche Operation ist schon vor 10 Jahren von Chalot ausgeführt.

7) A. Köhler: **Ueber die Transplantation der Ulcera nach Thiersch, ohne Entfernung der Grauulationen.** (Charité Berlin.)

Bei der Transplantation auf Unterschenkelgeschwüre brauchen die Granulationen nicht abgekratzt zu werden; die Anheilung der Thiersch'schen Läppchen erfolgt ohne Anfrischung ebenso sicher.

8) Heintze: **Ueber den Einfluss der Resection der Vena saphena auf die Heilung der Unterschenkelgeschwüre.** (Charité Berlin.)

Statt der einfachen Unterbindung der Saphena wurde in des Verfassers Fällen stets die Resection eines 5—10 cm langen Stückes ausgeführt. Die Operation kam in 79 Fällen zur Anwendung. Der Erfolg war immer ein recht günstiger. 3—5 markstückgrosse Geschwüre verheilten nach derselben oft in 8 Tagen.

9) Schmidt-Cuxhaven: **Zur Aufsuchung des vesicalen Harnröhrenendes nach der Extraurethrotomie.**

Kann man bei der Urethrotomie das centrale Harnröhrenende nicht auffinden, so empfiehlt Verfasser, aus der Gegend desselben ein Gewebsstückchen quer abzutragen. In 3 Fällen hat Sch. nach diesem Hilfsschnitt das vesicale Ende gut auffinden können. Die Blase muss dabei gefüllt sein, damit man den Urin ausdrücken kann.

10) Schmidt-Cuxhaven: **Benutzung von Uterindilatatoren als Harnröhrenbougies.**

Verfasser benutzt zur Erweiterung von Harnröhrenstricturen statt der Roser'schen Metallsonden mit bestem Erfolg die Uterindilatatoren.

Krecke.

Centralblatt für Chirurgie. 1898. No. 2 u. 3.

No. 2. Hugo Hier. Hirsch-Köln: **Das Verhalten der Achillessehne bei Contraction der Wadenmusculatur.**

H. vertritt die Anschauung, dass die Achillessehne bei der Thätigkeit der Wadenmusculatur sich von dem Unterschenkelknochen zu entfernen strebt, man könne sich davon leicht überzeugen, wenn man ein Bein emporhebe, dasselbe in der Gegend des Fussgelenkes mit der Hand umspanne und dann kräftig ruckweise den Fuss plantarflectire, wobei man deutlich die Achillessehne bei jedem Ruck gegen die Finger andrängen fühle. Als gewissermaassen klinischen Beweis führt K. einen Fall an, in dem eine durch übermässige Inanspruchnahme (Radfahren; durch das Andrängen gegen einen sonst bequemen Zugstiefel) entzündlich gereizte Achillessehne allein durch Anordnung niedriger, nur den Fersenhöcker umfassender, jene Druckwirkung unmöglich machender Schuhe sich zur Norm zurückbildete.

No. 3. Egb. Braatz-Königsberg: **Zur Schädeltrepanation.**

B. sieht in der dünnen Gigli'schen Drahtsäge ein vorzügliches Instrument zur Schädeltrepanation und möchte nach seinen Erfahrungen am Lebenden und 3 Leichen zur allgemeinen Würdigung des Verfahrens und zu seiner Erleichterung und Vervollkommnung beitragen, umsomehr als die Schnittrinne nicht nur ungemein fein, sondern auch an den Rändern zum Theil schräg hergestellt werden kann (so dass die äussere Fläche der Platte grösser als die innere) und auch mit Leichtigkeit die ursprüngliche Oeffnung im Schädel in beliebiger Richtung vergrössert werden kann. Zum Bohren der Löcher (wozu Obalinski den Collin'schen Perforateur empfohlen hatte) empfiehlt Br. ein eigenes Instrument nach Art des Tischlerbohrers, bei dem die drehende Hand durch einen Hebel ersetzt ist und die Länge des ganzen Instrumentes mit dem 4 cm langen Bohrer nur 19 cm beträgt, wodurch die Lenkbarkeit eine leichtere, als beim alten Trepanbogen. Die Kraft dieses leicht zu führenden Instruments ist eine viel grössere als die des Collin'schen und hat man es ganz in der Gewalt, wie schnell man vordringen will. Br. benützt hiezu einen 9 mm breiten einfachen Knochenbohrer. Die Zahl und Anordnung der Bohrlöcher wählt man ganz nach dem vorliegenden Fall, bei Benöthigung grösserer Lappen ist 4 cm Abstand am vortheilhaftesten und dienen die Bohrlöcher zugleich als gute Drainageöffnungen. Nach Bohren der Löcher und Ausräumen derselben mit der Fraise wird mit der Br.-Schädelsonde der Faden durchgeführt und dient die Sonde auch zum Schutz der Dura beim Durchführen der Säge. Um nicht mit dem Ausprobiren Aufenthalt zu haben, räth Br., Sonden mit für die betreffende Distanz bestimmter Krümmung zu benutzen und

hat Br. speciell 3 Krümmungen (für Abstand von 2, 3 und 4 cm) als die praktisch brauchbarsten angegeben. Schr.

Centralblatt für Gynäkologie, 1898, No. 3.

1) L. Switalski-Krakau: **Zur Casuistik der totalen Inversion des Uterus nach einem Abortus.**

S. beobachtete eine totale puerperale Inversion nach Abort bei einer 36jährigen Multipara im 5. Monat. Die unblutige Reinversion gelang auch in Narkose nicht, und es wurde desshalb die operative Reinversion nach Küster mit Erfolg ausgeführt. Das Verfahren geht dahin, nach breiter Eröffnung des hinteren Douglas in den Inversionstrichter mit dem Finger einzugehen, den Uterus selbst durch einen Längsschnitt mit Ausnahme des Cervix zu spalten, und nun die Reinversion auszuführen. Die Operation gelang gut und Patientin wurde geheilt. In der Literatur fand S. nur 2 Fälle von totaler spontaner Uterusinversion nach Abort, 1 von Woernlein bei einem 5monatlichen und 1 von Weissenberg bei einem 4monatlichen Abort.

2) Arthur Foges-Wien: **Cervixcarcinom und Haematometra.**

Bei einer 60jährigen Frau, deren Menses seit 10 Jahren aufgehört hatten, fand F. einen Verschluss des Muttermundes, nach dessen Oeffnung sich kaffeebraune, flüssige Massen aus dem Uterus entleerten. Ausserdem bestand Carcinom des oberen Cervixabschnittes, das Totalexstirpation des Uterus veranlasste. Heilung.

In der Literatur fand F. eine Verbindung von Carcinom der Portio oder des Corpus mit Haematometra nur bei Fällen beschrieben, wo gleichzeitig eine Atresia vaginalis bestand. Als Analoga wären Fälle von Pyometra bei Uteruscarcinom heranzuziehen.

3) H. A. v. Guérard-Düsseldorf: **Zur Frage der absoluten Indication zum Kaiserschnitt bei kyphotischem Trichterbecken.**

Klien hatte als absolute Indication zur Sectio caesarea eine Distantia tuberum unter 5,5 cm bezeichnet. Dieser Angabe widerspricht v. G. zunächst auf Grund einer eigenen Beobachtung, wo es durch Perforation und Kleidotomie gelang, die Frau per vias naturales zu entbinden, trotzdem die Distantia tuberum 4,7, die Conjug. vera 5,5 cm und der äussere gerade Durchmesser der Beckenenge 7,6 cm betrug. Das Wochenbett verlief günstig.

Da auch Barnes, Brewis, Torggler, Moor noch auf natürlichem Wege bei sehr grossen Verengerungen entbinden konnten, so schliesst v. G., dass die Grenze der absoluten Indication zum Kaiserschnitt bei Verengerung des Beckenausgangs jedenfalls tiefer zu legen ist, als Klien angegeben, und dass sich hierin Theorie und Praxis nicht decken. Jaffé-Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift, 1898. No. 4.

1) Th. Neubürger und L. Edinger-Frankfurt a. M.: **Einseitiger, fast totaler Mangel des Cerebellums etc.** (Schluss folgt.)

2) A. Schmidt-Bonn: **Ueber Herkunft und chemische Natur der Myelin-Formen des Sputums.**

Das am Morgen von vielen gesunden Leuten ausgehustete zähe, rauchgraue Schleimklümpchen, enthält ausser Alveolarepithelien auch mattglänzende, scharfbegrenzte, homogene Tropfen (Myelin-Tropfen nach Virchow). Verfasser erklärt diese Gebilde als ein normales Secretionsproduct der Respirationsschleimhäute. Die Sputa, welche wenig oder keinen Schleim enthalten, sind in der Regel frei von Myelin. Die chemische Untersuchung des letzteren ergab, dass es vor Allem, entgegen den Angaben Panizza's, mit Mucin nichts gemein hat, sondern dass in dem Myelin des Sputums neben geringen Mengen Cholesterin und Lecithin in der Hauptsache Protagon vorhanden ist, also eine Substanz, die bisher als bezeichnend für Nervenmark angesehen wurde. Möglicherweise sind auch Cholin, Glycerinphosphorsäure, Fettsäuren im Myelin enthalten. Woher letzteres stammt, ist vorläufig unbekannt.

F. Müller-Marburg: Zusatz zu vorstehender Abhandlung. Dieser gibt eine Reihe chemischer Proceduren an, die zur Analyse des Myelins vorgenommen wurden. Es wurde daraus wahrscheinlich, dass die Myelin-Formen des Sputums mit Protagon identisch sind.

3) Cassel-Berlin: **Ein Fall von lieno-medullärer Leukaemie bei einem 8jährigen Mädchen.**

Fälle von Leukaemie im Kindesalter sind relativ selten; von technisch gut untersuchten ist kaum ein Dutzend publicirt. In dem betr. Falle des Autors waren die Lymphdrüsen nicht geschwellt, dagegen bestand sehr beträchtlicher Milztumor, Empfindlichkeit des Sternums; 40 Proc. Haemoglobin, Verhältniss der weissen zu den rothen Blutzellen 1:7. Im Blute Markzellen, eosinophile Granulationen, Mastzellen in sehr hohem Procentgehalt. Verlauf bisher stabil.

4) Pielicke-Gütergotz: **Die syphilitischen Gelenkerkrankungen.** (Schluss folgt.) Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift No. 4.

1) O. Voges und W. Schütz: **Ueber die Ergebnisse von Immunisirungsversuchen beim Rothlauf der Schweine.** (Aus dem Institut für Infectionskrankheiten und dem pathologischen Institut der thierärztlichen Hochschule in Berlin.)

Die Hauptsätze der in ausführlicher Weise in der Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten erscheinenden Arbeit sind folgende:

Eine Immunisirung der Schweine gegen den Rothlauf erfolgt nur, wenn die in ihrer Virulenz abgeschwächten Bacterien in die Blutbahn kommen, eine subcutane Impfung mit abgetödteten Rothlaufculturen ist erfolglos. Die immunisirenden Substanzen sind in den Bacterienzellleibern enthalten. Jeder einzelne Rothlaufbacterien-Protoplasmakörper ist von einer schützenden Hülle umgeben, einem wachsartigen Körper, der sie vor der Einwirkung der Antikörper schützt. Derselbe ist gegen die meisten chemischen Lösungsmittel indifferent, nur Lauge greift ihn an, zerstört aber gleichzeitig auch die immunisirenden Substanzen. Eine mechanische Zertrümmerung nach dem Vorgange Koch's bei dem T. R. gelingt nicht wegen der wachsartigen Beschaffenheit der Hülle. Die im Thierkörper erfolgende Entpanzerung der Bacterien wird nicht vom Blute, weder vom Serum noch dessen Formelementen bewirkt, nur die in Theilung begriffenen Jugendformen werden vom bactericiden Serum angegriffen und erfolgt die Lösung der Bacterienhülle durch die Thätigkeit von einem oder mehreren Körperorganen. Antitoxine sind nicht nachgewiesen worden.

2) Goldscheider: **Ueber die Bewegungstherapie bei Erkrankungen des Nervensystems.** (Aus dem städtischen Krankenhause Moabit in Berlin.)

Vortrag, gehalten in den Sitzungen des Vereins für innere Medicin zu Berlin am 6. und 13. December 1897.

Referat siehe diese Wochenschrift 1897, No. 51, pag. 1485.

3) Konrad Biesalski: **Ueber skiagraphische Photometrie.** (Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin.)

Um ein relatives Maass für die Lichtstärke der Kathodenstrahlen zu haben und damit auch für die bei jeder Aufnahme wechselnden Bedingungen, der Entfernung der Röhre, der Dauer der Exposition u. s. w., construirte B. ein einfaches kryptoskopähnliches Instrument, mittels welchem die Kathodenstrahlen durch eine 1—36fache Lage von Staniolplättchen, die scalenmässig angeordnet sind, auf ihre Lichtstärke geprüft werden. Daneben werden einige praktische Winke für die technische Ausführung der Aufnahme gegeben, z. B. zur Vermeidung der durch das Aus- und Eintauchen der Elektrode im Unterbrecher entstehenden Trübung des Quecksilbers empfiehlt er die Anwendung fliessenden Wassers als Deckflüssigkeit, durch welches die Oxydationsproducte wegschwemmt werden und der Strom keine Abschwächung erleidet.

4) Eugen Czaplewski-Königsberg i. Pr.: **Die aetiologische Bedeutung des Löffler'schen Bacillus.**

Schluss folgt.

5) J. Bayerthal-Worms: **Zur Kenntniss der Meningocele spuria (Billroth'schen Krankheit) in neuropathischer Hinsicht.**

Schluss aus No. 3.

Im Anschluss an die Mittheilung eines Falles von Meningocele spuria wird eine ausführliche Besprechung der Pathologie der Krankheit gegeben und darauf hingewiesen, dass dieselbe nicht eine eigentlich chirurgische Erkrankung, trotz der in einzelnen Fällen durch Operation erzielten Heilung, sondern als eine Gehirnerkrankung aufgefasst werden muss, deren Symptome sehr denen der cerebralen Kinderlähmung gleichen.

6) Herhold-Bückeburg: **Zur Casuistik der Myome des Magens.**

Mittheilung eines mit Erfolg operirten Falles von Myom des Pylorus bei einer 37jährigen Frau. Der Tumor hatte die Grösse einer Haselnuss.

7) Arndt-Oppeln: **Die bisherigen Ergebnisse der Anwendung des Behring'schen Tetanusantitoxins in der Veterinärmedicin.**

Von 74 im letzten Jahre mit Antitoxin behandelten starrkrampfkranken Pferden sind 33 geheilt und 41 zu Grunde gegangen. Der Erfolg ist also nicht sehr günstig. Einer allgemeinen Anwendung des Mittels steht ausserdem noch der hohe Preis hindernd im Wege. F. L.

Wiener klinische Wochenschrift. 1898. No. 3.

1) M. Heitler-Wien: **Arhythmie durch Reizung des Pericardiums.**

Cfr. pag. 97 der Münch. med. Wochenschr.: «Wiener Briefe.» Der Artikel bringt hiezu mehrere sphygmographische Curven.

2) H. Weiss-Wien: **Blutfärbung und Leukocyten.**

In dieser kritischen Studie wendet sich W. gegen die allmählich kleinlich gewordene «plan- und gedankenlose Färbetechnik und Zählung der Elemente des Blutes, da hiedurch und durch die davon ausgegangene Nomenklatur unsere Kenntnisse über die Vorgänge im Blute nur recht wenig gefördert würden und eine topische Diagnostik der Krankheiten nach den Zellformen immer noch unmöglich sei. Aufgabe der künftigen Blutforschung dürfte sein, die besonders in den Leukocyten gebildeten oder in sie aufgenommenen organischen, zumeist Eiweisskörper chemisch zu studiren und ihre Bedeutung für bestimmte Krankheitsbilder zu erforschen. Verfasser weist auf das bisher in dieser Richtung Geleistete hin. Bezüglich der Leukocytose-Frage bemängelt W. vor Allem, dass in den Arbeiten hierüber meist Angaben fehlen, an welchen Körperstellen und unter welchen äussern Modalitäten das Blut untersucht wurde. Eine sichere prognostische Bedeutung kann dem Zahlenverhältniss der Leukocyten bis jetzt nicht zuerkannt werden; eine prognostisch ungünstige Verwerthung von Leukopenie

(Abnahme von Leukocyten) wäre vielleicht dadurch zu motiviren, dass bei diesem Zustande der Organismus nicht genügend wirksame Leukocyten und hinreichende Antitoxinmengen zu produciren im Stande ist.

3) H. v. Erlach-Wien: **Zur Behandlung der operativen Peritonitis.**

In einem Fall, wo nach Laparotomie eine Peritonitis auftrat, hat es sich dem Verfasser sehr bewährt, die Bauchwunde wieder zu öffnen, mit Jodoformgaze zu tamponiren und die Bauchhöhle mit steriler Gaze bedeckt offen zu lassen. E. räth, dieses Vorgehen möglichst bald nach Constatirung peritonitischer Erscheinungen einzuschlagen, wie dies auch v. Winckel vorschlägt bei von den Genitalien ausgehender Peritonitis, auch in einzelnen Fällen von puerperaler Peritonitis. Es sind durch Offenlassen der Bauchhöhle ohne Zweifel öfter Fälle zu retten, die sonst verloren wären. Dr. Grassmann-München.

Otiatrie.

Haug-München: **Senkungsabscess unterhalb der Pars mastoidea und Retropharyngealabscess in Folge von acuter eitriger Otitis media.** (Aus der Ohrenabth. der chir. Universitätspolikl. zu München.) Arch. f. Ohrenh. 43 Bd., 1. Heft.

Seltene Complication. Der Retropharyngealabscess war gleichzeitig entstanden, ohne dass eine Entzündung im Rachen vorausgegangen war und wird entlang der Tuba entstanden erklärt.

Otto Barnick: **Ueber Brüche des Schädelgrundes und die durch sie bedingten Blutungen in das Ohrlabyrinth.** (Aus Prof. Habermann's Universitätsklinik in Graz.) Mit 4 Tafeln. Ibidem.

In einem Falle verlief die Basisfractur quer durch den Vorhof; in den anderen vier hatte die Fractur die Labyrinthkapsel verschont; trotzdem fand sich bei allen Blutung im inneren Ohre. Es handelte sich um schwere Traumen, welche innerhalb der ersten Woche nach dem Unfall zum Tode geführt hatten. Durch genaue histologische Untersuchung mit der Schnittmethode konnte festgestellt werden, dass bei den Fällen ohne Fractur der Labyrinthkapsel die Blutungen den perilymphatischen Raum, besonders im Anfangstheil der ersten Schneckenwindung, und die Nerven bevorzugten, den endolymphatischen Raum aber freiliessen.

Zum Schluss werden noch 5 klinisch beobachtete Fälle kurz mitgetheilt.

C. Grunert: **Ein neues operatives Verfahren zur Verhütung der Wiederverwachsung des Hammergriffs mit der Labyrinthwand nach ausgeführter Synechotomie und Tenotomie des M. tensor tympani.** (Universitäts-Ohrenklinik Halle.) Ibidem.

Der Hammergriff wird nach Trennung der Adhaesionen mit einer gekrümmten Sonde soweit in den Gehörgang vorgezogen, «bis er senkrecht nach unten gerichtet ist». In den 3 operirten Fällen hat er diese Stellung auch nach der Vernarbung der Trommelfellöffnung behalten.

Paul Manasse: **Ueber einen geheilten Fall von doppeltem Hirnabscess mit Ventrikelfistel. Optische Aphasie.** (Aus der Universitäts-Ohrenklinik Strassburg.) Zeitschr. f. Ohrenh. 31. Bd., 3. u. 4. Heft.

Chronische Mittelohreiterung. Somnolenz. Pulsverlangsamung. Eröffnung eines grossen Abscesses im Schläfen- und Occipitallappen. Danach Facialisparese und optische Aphasie. Beim Verbandwechsel entleert sich in die Abscesshöhle ein zweiter nach vorn gelegener Abscess. Nach Abstossung der Abscessmembran ergiesst sich aus einer Ventrikelfistel am Hinterhorn Cerebrospinalflüssigkeit.

Victor Urbantschitsch-Wien: **Ueber Störungen des Gleichgewichts und Scheinbewegungen.** Ibidem.

Gründliche Untersuchungen an ohrkranken sowie ohrgesunden Individuen über die Auslösung von Gleichgewichtsstörungen und Scheinbewegungen durch die Einwirkung mechanischer Reize und verschiedener Töne auf das Ohr. Geringe Scheinbewegungen ohne Gleichgewichtsstörungen, die sich erst bei einer genaueren Untersuchung zu erkennen geben, treten überraschend häufig ein. Von Einfluss ist dabei oft die gleichzeitige Einwirkung verschiedener Farben auf das Auge. Die ausgelösten Erscheinungen zeigen grosse Mannigfaltigkeit bei verschiedenen Personen sowohl, als auch bei der gleichen Versuchsperson zu verschiedenen Zeiten. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

L. Aschoff: **Die Otitis media neonatorum. Ein Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der Paukenhöhle.** (Aus dem pathologisch-anatom. Inst. in Göttingen.) Ibidem.

Auf Grund genauer, zum Theil histologischer Untersuchung zahlreicher Leichen von Neugeborenen kommt Aschoff zu dem Schluss, dass es keine Otitis media neonatorum infectiöser Natur (v. Tröltsch u. A.) gibt. Es findet sich zwar häufig Eiter im Mittelohr, aber dies ist eine reine Fremdkörpereiterung, bedingt durch Verunreinigung mit Fruchtwasserbestandtheilen.

L. Stern-Metz: **Die Ohrenheilkunde des Ambroise Paré.** Ibidem.

Zusammenstellung dessen, was sich in den Werken Paré's über Ohrenheilkunde und Anatomie und Physiologie des Gehörorganes findet.

Th. Heimann-Warschau: **Mittheilungen der wichtigsten Fälle von letalen Complicationen der Mittelohreiterungen aus dem Jahre 1896.** (Aus der Ohrenabth. des Militärhospit.) Ibidem, 32. Bd., 1. Heft.

Aus dem reichen casuistischen Material seien hier kurz 2 Fälle von chronischer Mittelohreiterung erwähnt, welche zeigen, wie vorsichtig man in der Diagnose Hirnabscess sein muss. Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, Pulsverlangsamung und zum Theil auch Localsymptome deuteten auf einen Hirnabscess hin, doch gingen die Erscheinungen auf antisyphilitische Curen zurück. In dem einen Falle bestand totaler Defect des Trommelfells, wie es scheint, ohne acute Verschlimmerung am Ohr, im andern eine kleine centrale Perforation mit Periostitis an der Aussenfläche des Schläfenbeins.

Von allgemeinerem Interesse ist noch das günstige Resultat, welches Heimann erzielt hat, seitdem er bei jedem Falle von Mittelohreiterung, wenn Fieber und Hinterhauptsschmerzen vom Ohre allein aus keine genügende Erklärung finden, die Dura freilegt, und seitdem er bei dem Eintritt von Schüttelfrösten oder allgemeiner Schwäche oder Gelenkschmerzen den Sinus transversus punctirt. Die Mortalität ist seit Einführung dieser Therapie von 1,38 Proc. auf 0,28 Proc. gesunken.

Gustav Brühl: **Der Rinne'sche und der Gellé'sche Versuch.** (Aus der Universitätspolikl. f. Ohrenkr. in Freiburg i. B.). Ibidem.

Brühl berichtet über weitere eingehende und gründliche Untersuchungen aus der Poliklinik Bloch's und empfiehlt warm den Gellé'schen Versuch als Ergänzung des Rinne'schen.

Noltenius-Bremen: **Modificirter Barth'scher Sperrhaken.** (Mit 1 Abbildung.) Ibidem.

Zu Radicaloperationen des Mittelohrs. Preis M. 14.50 bei Fehrmann, Bremen.

Alfred Bruck-Berlin: **Zur Thyreoidinbehandlung der chronischen Schwerhörigkeit.** Ibidem.

Bruck hat im Gegensatz zu Vulpius u. A. und, wie Ref. hinzufügen möchte, in Uebereinstimmung mit nicht veröffentlichten Erfahrungen anderer Ohrenärzte kein Resultat gesehen.

Scheibe-München.

Italienische Literatur.

Ueber den Mechanismus der Atropin- und der Pilocarpinwirkung auf die motorische Darmthätigkeit machte Traversa im pharmakologischen Institut zu Sassari an Hunden und Pferden eine Reihe exacter Versuche, welche ergaben:

Dass die beiden Arzneikörper durchaus als Antagonisten zu betrachten sind, nicht nur in Bezug auf den Effect, sondern auch auf den Mechanismus ihrer Wirkung. Das Atropin hemmt die Darmcontraction, weil es die Ganglien- und Nervenelemente der Darmwand lähmt; das Pilocarpin hingegen beschleunigt die peristaltischen Bewegungen, weil es die gleichen Nervenelemente erregt. Bei der Bleikolik, welches auch immer ihr Entstehungsmodus sein mag, kommt es zu einer auf nervösem Wege vermittelten, schmerzhaften, spastischen Contractur der Darmschlingen. Das Atropin setzt die krankhafte Erregung der Nerven herab und wirkt hier in gleich prompter Weise antagonistisch wie gegen Pilocarpin.

Belladonna und Atropin sind indicirt bei allen krampfartigen und schmerzhaften Krisen, welche durch übermässige Erregung der Darmnerven entstanden sind. Hier können sie abführend wirken, während sie bei Obstruction durch Darmatonie contraindicirt sind.

Inghilleri: **Ueber die Veränderungen der Leber bei den Vorgängen der experimentellen Autointoxication.**

I. betont auf Grund seiner Thierexperimente, dass unsere Anschauungen über das Causalitätsverhältniss von Alkohol und Lebercirrhose einer Aenderung bedürfen. «Der Alkohol, sagt er, äussert seine toxische Wirkung allein auf die Leberzelle. Er macht keine Entzündung des Bindegewebes der Leber, keine Veränderung der Gefässe.

Die Veränderung der Leberzellen kann von trüber Schwellung bis zu den vorgerücktesten Stadien der Dystrophie, bis zum Schwunde des Protoplasmas und zur vollständigen fettigen Degeneration desselben führen; in einigen Fällen hat man dann ferner Entzündung des Bindegewebes der Leber und Entzündung der Gefässe, welche aber keine Wirkung des Alkohols ist, sondern ein Endstadium der in dem Organe gesetzten Veränderungen.»

Nur bei einer geringen Zahl von Alkoholikern komme es zur Lebercirrhose im Vergleich zur fettigen Degeneration des Organs. Lancereaux constatirte die Lebercirrhose nur in 35 Fällen von 130 Autopsien von chronischen Alkoholintoxicationen. Der Alkohol bedingt seinerseits nur die biochemisch-gastro-intestinalen Störungen, welche zur Lebercirrhose führen können; er wird nach dieser Richtung hin auch durch andere Agentien ersetzt, wie Rovighi und Boix für die Producte des Fermentationsprocesses nachwiesen.

Die Aufmerksamkeit der Kliniker sei auf den pathogenetischen Zusammenhang zwischen Magen und Leber zu richten. Die Laesionen des ersteren seien nicht, wie man meist annehme, der Effect, sondern die Ursache der Leberaffection. (Il policlinico, 15. Nov. 1897.)

De Luca und Gatta machten in der Klinik zu Neapel eine Reihe von Untersuchungen **über für rothe Blutkörper giftige Substanzen und die Wirkungen derselben auf die Milz.** Sie

fanden, dass solche Substanzen wie Glycerin, Pyridin, Toluilendiamin die gleiche Wirkung entfalten bei normalen Hunden und bei solchen, welche im Uebrigen vollständig gesund, der Milzexstirpation unterzogen waren. Die Verminderung der rothen Blutkörperchen wie des Haemoglobins war in beiden Fällen die gleiche, ein Beweis, dass ihre blutzerstörende Wirkung nicht durch die Milz beeinflusst wird. (Gazzetta degli osped. 1897. No. 139.)

Tanturri hat das **Absorptionsvermögen der Blase für Toxine und Antitoxine** an Thieren geprüft. Er nahm die des Löffler'schen Bacillus. Er stellte vorher fest, dass dieselben durch den Urin so wenig als durch destillirtes Wasser verändert werden. Eine zehnmal grössere Dosis von Toxin als die geringste letale wurde von der Blase nicht resorbirt.

Um den Effect einer tödtlichen Toxindosis, subcutan beigebracht, zu paralysiren, muss man die 100fache Antitoxindosis in die Blase injiciren, welche subcutan nöthig sein würde. (Giornale Int. delle scienze mediche fasc. 19, 1897.)

Marigo: **Pneumoniebehandlung nach Galvagni.** Die in Italien bekannte und vielfach geübte Behandlung der Pneumonie nach Galvagni besteht in der Injection physiologischer Kochsalzlösung intravenös oder subcutan nach vorherigem Aderlass. Es soll hierdurch die Gerinnung des Blutes im Herzen, welche auf die Verminderung der Chlorate zurückzuführen, und meist die Todesursache sei, verhindert werden; andererseits soll durch den Aderlass und die Flüssigkeitsinjection der Gehalt des Blutes an Toxinen erheblich herabgesetzt werden.

M. beschreibt drei schwere Fälle von Pneumonie, in welchen sich diese Therapie bewährte. Es wurden 200 g Blut entzogen und ebensoviel physiologische Kochsalzlösung (0,75 Proc. Kochsalz und 0,50 Proc. doppeltkohlensaures Natron) einmal intravenös, zweimal subcutan injicirt. (Gazzetta degli ospedali 97, No. 136.)

Ueber das Vorhandensein von Diplococcus lanceolatus im circulirenden Blut der Pneumoniker hat Jereni in der Baccelli'schen Klinik in Rom interessante Untersuchungen veröffentlicht, welche diese noch bestrittene Frage in positivem Sinne beantworten. Der Diplococcus ist nur in einigen Fällen nachweisbar, nicht in allen; aber auch in gutartigen Formen ohne Complicationen in anderen Organen. Es existirt keine Beziehung zwischen der Ausdehnung des Herdes in der Lunge und dem Befunde der Infectionsträger im Blute. Diplococcen im Blute können den Tod unter septicaemischen, auch unter toxischen Erscheinungen und durch Complication in anderen Organen bedingen.

Die croupöse Pneumonie ist in den meisten Fällen Anfangs eine Infectionskrankheit von localem Charakter, welche zur allgemeinen Infection wird. Sie kann aber auch von Anfang an eine allgemeine Blutinfection sein und in solchen Fällen kann es zu gleicher Zeit zu einer Endocarditis und Meningitis kommen. Auch die Pneumonie beim Foetus durch Transport der Keime aus dem mütterlichen Blut (? Ref.) sei als eine haematogene aufzufassen.

Jemma beschreibt **4 Fälle von pleuritischem Exsudat, bedingt durch den Eberth'schen Bacillus.** Ausser Fernet hätten alle Autoren bisher nur negative Resultate gehabt. Der Grund hierfür könne folgender sein: In allen Fällen wurde die Explorativpunction kurz nach der Entstehung des geringen und umschriebenen serösfibrinösen Exsudats gemacht; dann fiel sie in allen Fällen positiv aus; einige Tage nachher blieb sie negativ; vielleicht stirbt der Eberth'sche Bacillus in dem reichlichen Exsudat und unter veränderten Lebensbedingungen schnell ab. In allen vier Fällen Jemma's handelte es sich um leichte und umschriebene Pleuritiden, welche kaum Symptome machten, den Gang der Krankheit wenig beeinflussten und mit dem Ablauf der Krankheit zur vollständigen Aufsaugung führten. Diese leichten und schleichend entstehenden Formen werden besonders in den unteren Lungenpartien in schweren Typhusfällen leicht übersehen.

Fontana benutzte zur **Differentialdiagnose zwischen infectiösem Gastrokatarrh und Typhus** die Widal'sche Serumdiagnose. In 12 Fällen von 25 erfolgte das Agglutinationsphänomen prompt mit dem durch Centrifuge erhaltenen Serum einer aus der Fingerkuppe entnommenen Blutprobe, in 13 Fällen nicht. Auch der Verlauf der Krankheit bestätigte nach mancher Richtung hin die Diagnose. Zur Zeit einer Typhusepidemie dürfte dies diagnostische Verfahren zur Erkennung mancher specifischen Febricula Dienste leisten können. (Gazzetta degli osped. e delle cliniche, 1897, No. 139.)

Parascandolo liefert einen **Beitrag zur operativen Behandlung der Spina bifida** mit Einpflanzung eines Knochenstückchens. Der Fall betraf ein sechzehnjähriges Mädchen, die Geschwulst war reichlich apfelsinengross. Die Haut des Sacks wurde durch einen eliptischen Schnitt entfernt, der aus Dura mater bestehende Sack frei gelegt, die Flüssigkeit langsam entleert, dann die feinen Nervenfilamente, welche sich z. Th. miteinander anastomosirend am Sack verzweigten, vorsichtig abgelöst und in den offenen Cervicalcanal hineingebracht.

Zum Verschluss des Canals wurde ein genau passendes Knochenstückchen, von der Scapula eines Kaninchens unter aseptischen Cautelen entnommen, verwendet, darüber die Dura, nachdem die überflüssigen Theile derselben abgetragen, vernäht, und dann die Hauträndер durch die Naht vereinigt. Heilung ohne Störung, glatte Narbenbildung und 2 Jahre nach der Operation, wo P. Gelegenheit hatte, die Person in blühendem Zustande und im Begriffe nach Amerika zu reisen, zu untersuchen, fand sich ein schmaler, harter, fibröser Narbenstrang, welcher in keinerlei Weise beeinträchtigte.

Die Knochenplatte, so nimmt P. an, sei sicher resorbirt gewesen und habe nur dem darüber liegenden Gewebe als Substrat gedient. (Gazetta degli ospedali etc., 1897, No. 139.)

Hager-Magdeburg N.

Amerikanische Literatur.

1) W. Royal Stokes und Arthur Wegefarth-Baltimore: **Das Vorkommen freier, von den Leukocyten stammender Granula im Blute und deren Beziehungen zur Immunität.** (Johns Hopkins Hospital Bulletin, December 1897.)

Diese Untersuchungen bestätigen die Angabe von Müller, wonach sich im Blutplasma und Serum des Menschen und einiger niederer Thiere eine wechselnde Anzahl von Granula finden, die den Körnchen der eosinophilen und neutrophilen Leukocyten in Grösse und Aussehen sehr ähnlich sind. Durch Zusatz von verdünnten Säuren oder Alkohol bei Körpertemperatur erhalten diese Körnchen der Leukocyten eine gewisse Activität und erhöht sich die Zahl der im Serum und Plasma vorhandenen freien Granula, ein Beweis dafür, dass dieselben aus den gekörnten Leukocyten stammen. Nach Müncke filtrirtes Serum verliert seine agglutinirende und keimtödtende Wirkung, durch Zusatz eines Sediments aber, bestehend aus Leukocyten, freien Granulis und rothen Blutkörperchen lässt sich diese Fähigkeit zum Theil wieder herstellen. Da den rothen Blutkörperchen nach Buchner keinerlei germicide Wirkung zukommt, muss dieselbe bei den Leukocyten und den aus ihnen stammenden freien Granulis liegen. Die weiteren Versuche scheinen nun darauf zu deuten, dass gerade diesen Körnchen eine specifische keimtödtende Wirkung zukommt, und dieselben gegeben Falles von den Leukocyten ausgeschieden werden, um ihren Zwecken gerecht zu werden.

2) Max Einhorn: **Inspection des Oesophagus und der Cardia.** (New-York Medical Journal. 11. Dec. 1897.)

E erachtet alle die von verschiedenen Autoren angegebenen Modificationen und angeblichen Verbesserungen des ursprünglichen Oesophagoskops von Mikulicz und v. Hacker für unzweckmässig. Hauptbedingung ist die Anwendung einer steifen Röhre, die beste Lage für die Untersuchung ist die sitzende Stellung mit stark zurückgebeugtem Kopfe, wodurch eine directe Besichtigung der Speiseröhre möglich wird. Die Cocainisirung und Narkose ist nur in den seltensten Fällen nöthig. Der Hauptwerth der Methode liegt in der frühzeitigen Erkenntniss eines Carcinoms des Oesophagus oder der Cardia.

3) Cone: **Tuberculose des Oesophagus.** (Johns Hopkins Hospital Bulletin. November 1887.)

C. gibt eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten 48 Fälle von Oesophagustuberculose. Davon entstand nur die Hälfte, 24 durch Ausbreitung eines tuberculösen Processes in der Nachbarschaft, der Bronchialdrüsen, Wirbelsäulencaries oder Pharynxgeschwüren. In 5 Fällen war eine Laesion der Oesophagusschleimhaut die praedisponirende Ursache. Eine Infection bei allgemeiner Tuberculose ohne locale Laesion fand statt 15 mal durch Infection der gesunden Schleimhaut durch tuberculöses Sputum, 4 mal durch Blutinfection. Bei einem 33jährigen Neger war der Ausgangspunkt eine tuberculöse Epididymitis. Die in diesem Falle in den unteren zwei Dritteln der Speiseröhre sich zeigenden, nicht verkästen, Knötchen erwiesen sich als vergrösserte mit Miliartuberkeln gefüllte Lymphfollikel, ausserhalb dieser Follikel fanden sich keinerlei Tuberkel. Es ist das der erste derartige Fall einer Localisation des tuberculösen Processes des Oesophagus in dem Lymphgewebe.

4) Henry Sewall-Denver: **Anwendung des Druckes mit dem Stethoskop bei der auscultatorischen Untersuchung des Herzens.** (New-York Medical Journal. 4. Dec. 97.)

Die Herztöne, die durch das Stethoskop hörbar sind, setzen sich zusammen aus zwei Elementen, aus den direct durch die Brustwand geleiteten Tönen und den durch die Resonanz des Brustkorbs bedingten Schwingungen. Durch festes Aufdrücken des Stethoskop lassen sich die letzteren ausschalten. Dies zeigt sich am besten bei der Auscultation des zweiten Herztones im zweiten rechten Intercostalraum. Bei normalen Verhältnissen ist derselbe bei Aufdrücken des Instrumentes kaum hörbar, bei Dilatation oder Aneurysma der aufsteigenden Aorta dagegen, wenn das Organ der Brustwand an dieser Stelle anliegt, wird der Ton deutlich übertragen. Von besonderem Werthe erweist sich die Druckanwendung bei der Bestimmung der Herzgrenzen und der Localisation der Herzgeräusche. Selbst starke sogenannte anaemische Geräusche ohne organischen Untergrund, verschwinden bei der Auscultation mit fest aufgedrücktem Stethoskop; Aortengeräusche, bei Stenose der Aorta über das ganze Herz hörbar, erscheinen bei Druck nur über den Aortaklappen; das systolische Blasen bei der Mitralinsufficienz lässt sich genau auf die Ursprungsstelle begrenzen. Aehnliche Verhältnisse bestehen bei den anderen selteneren Klappenfehlern. In Bezug auf die Anwendung der Methode bei der Untersuchung der Lungen sind die Versuche noch nicht abgeschlossen. Zum Schlusse möge erwähnt werden, dass sich diese Erscheinungen nur auf die Anwendung des Druckes von Seite des Bruststückes des Stethoskops gründen, dass es also gleichgiltig ist, ob ein festes oder biegsames Hörrohr benützt wird.

5) Francis H. Williams-Boston: **Die Röntgenstrahlen in ihrer Anwendung auf Thoraxaffectionen.** (The American Journal of the medical Sciences December 1897.)

Die Durchgängigkeit der Gewebe für Röntgenstrahlen hängt ab von der Dichtigkeit derselben und ihrer chemischen Zusammensetzung. In Bezug auf die letztere hat W. eine interessante Tabelle aufgestellt. Die aus Kohlenstoff, Wasserstoff und Stickstoff bestehenden Körper mit niedrigem specifischem Gewicht sind leicht durchgängig, specifisch schwere, z. B. calciumhaltige Körper, wie Knochen, bieten den Strahlen mehr Widerstand. Luft ist für die Strahlen leichter durchgängig als Wasser. Den meisten Widerstand für die Strahlen bieten Chlornatrium, Schwefel, Chlorcalcium, Calciumcarbonat und Fluorcalcium.

Bei einer Anzahl von über 500 Untersuchungen wurden keinerlei schlimme Folgen beobachtet Bei der Durchleuchtung des Thorax kommen zwei Punkte in Betracht. Erstens ein Unterschied in der Schattenbildung. Eine dunklere Färbung einzelner Partien beruht auf vermehrter Dichtigkeit der betreffenden Stelle in Folge von Tuberculose, Pneumonie, Infarct, Oedem, Hypostase, Neubildung, Aneurysma oder pleuraler bezw. pericardialer Exsudate. Eine Aufhellung findet statt bei Emphysem und Pneumothorax. Der zweite Punkt betrifft die Zwerchfellgrenze. Bei Tuberculose und Pneumonie ist die Bewegung des Diaphragmas nach unten beschränkt, bei Emphysem dagegen nach oben, bei Pneumothorax findet eine Bewegung desselben nur am medianen Ende statt. Aufgehoben kann die Beweglichkeit sein bei Tuberculose, Pneumonie, Pleuritis, Hydrothorax, Emphysem und Lungenoedem. Weitere differentialdiagnostisch wichtige Aufschlüsse gibt das Verfahren für die Untersuchung des Herzens und ergänzt überhaupt die bisherigen physikalischen Untersuchungsmethoden bis zu einem hohen Grad von Vollkommenheit.

6) H. A. Hare: **Der Einfluss lang fortgesetzter Digitalisgaben auf den Herzmuskel.** (Therapeutic Gazette. Dec. 1897.)

Die angestellten Thierversuche scheinen zu beweisen, dass ein längere Zeit fortgesetzter Gebrauch von Digitalis in mittleren Dosen im Stande ist, bei normalen Herzen eine Hypertrophie zu erzeugen. Daraus folgert, dass bei Herzfehlern mit gestörter Compensation durch fortgesetzten Digitalisgebrauch sich eine compensatorische Hypertrophie erzielen lässt.

7) Simon Flexner und Norman Harris: **Typhusinfection ohne Darmgeschwüre.** (Johns Hopkins Hospital Bulletin. December 1897.)

Ein Beitrag zu den seltenen Fällen von Typhusinfection, in denen weder eine ausgesprochene klinische, noch pathologisch-anatomische Diagnose gestellt werden kann, und erst durch die bacteriologische Prüfung die Art der Infection klar wird. Die Widal'sche Probe, post mortem ausgeführt, ergab positive Reaction in einer Verdünnung von 1:25 in 20 Minuten, von 1:50 in einer Stunde. Plattenculturen und histologische Untersuchungen bestätigten die Typhusinfection.

8) W. T. Howard-Cleveland: **Einfluss der Kuhmilch auf die Verbreitung der Diphtherie.** (American Journal of the medical Sciences. December 1897.)

Bei einer in Ashtabula herrschenden Diphtherieepidemie gelang es, die Infection auf die Milch zurückzuführen. Dieselbe stammte aus einer Farm, auf welcher einer der Beschäftigten an Diphtherie erkrankt war und trotzdem die Milchbesorgung weiterführte. Durch genaue bacteriologische Untersuchungen, Verfolg der einzelnen Zweige der Epidemie u. s. w., ist der stricte Beweis der Uebertragung durch die Milch erbracht.

9) D. E. Keefe-Springfield: **Chloroform und Aether.** (Boston Medical and Surgical Journal. 23. Dec. 1897.)

Eine kritische Besprechung des von Leonard Hill in der London Society of Anesthetists gehaltenen Vortrages (siehe diese Wochenschrift 1897, No. 17, pag. 463). Im Allgemeinen theilt der Autor Hill's Standpunkt. Der Aether ist weniger gefährlich wie Chloroform, aber auch entsprechend schwächer. Das Verhältniss ist ungefähr 1:5. Die Gefahr beim Chloroform liegt nicht so sehr in dem Mittel per se, als in seiner verhältnissmässig stärkeren Wirkung und den dadurch nöthigen erhöhten Anforderungen an Sorgfalt und Beobachtung in der Narkose. Die im Excitationsstadium bei beiden auftretenden Schwierigkeiten beruhen auf einem Respirationskrampf, sowie dem dadurch bedingten erhöhten arteriellen Druck und venöser Congestion. Der Tod im soporösen Stadium erfolgt bei beiden durch Anaemie und Herzparalyse. Die besten Gegenmittel für die erstere Form sind Amylnitrit, Belladonna und Strychnin, für die letztere Digitalis und Strychnin, sowie Elektricität und künstliche Athmung. Das Chloroform empfiehlt sich für kurzdauernde Operationen, für geburtshilfliche Zwecke, bei denen keine tiefe Narkose nöthig ist, bei vorhandener Lungen- und Nierenerkrankung, endlich bei Kindern. Der Aether wird mit Vortheil angewendet zur Fortsetzuug einer mit Chloroform eingeleiteten Narkose.

10) Dryson Delavan: **Eine neue rhinologische Behandlungsmethode.** (New-York Medical Journal. 11. Dec. 1897.)

An Stelle der bisher üblichen Cauterisation bei Schwellung und Vergrösserung der Nasenmuscheln empfiehlt D. die Subcutanincision, ausgeführt mit einem tenotomähnlichen, kleinen Messer. Hiedurch wird vor Allem die bei der Cauterisation unvermeidliche Reizung der Gewebe vermieden, und die Schleimhaut selbst bleibt intact. Durch die subcutane Durchschneidung einer Anzahl Gefässe wird der gewünschte Zweck vollkommen erreicht.

11) C. B. Alexander-Chicago: **Behandlung der Hysterie durch die Weir-Mitchell'sche Cur.** (Journal of the American Medical Association, December 1897.)

Zur Behandlung der Hysterie genügt die routinemässige Anwendung der Weir-Mitchell'schen Methode, die ja an und für sich sehr gute Resultate liefern kann, nicht. Die Cur muss unter ärztlicher, streng individualisirender Leitung erfolgen. Eine Hebung des Allgemeinzustandes ohne gleichzeitig eingetretene psychische Besserung ist keine Heilung. Eine weitere Hauptbedingung für das Gelingen der Cur ist die Entfernung aus den bisherigen Verhältnissen und der gewohnten Umgebung. Die Diät und medicamentöse Behandlung müssen die psychische unterstützen.

12) E. R. Owings: **Die Ansteckungsfähigkeit der chronischen Gonorrhoe.** (Johns Hopkins Hospital Bulletin, October 1897.)

In vielen Fällen chronischer Urethritis lässt sich der Gonococcus nicht auffinden, diese Fälle sind wahrscheinlich nicht infectiöser Natur. Ueberhaupt ist die Infectionsgefahr im Vergleich zu der acuten Gonorrhoe eine geringe zu nennen; in Folge des abgeschwächten Infectionsvirus kann in manchen Fällen zwar Urethritis entstehen, doch verläuft sie in milderer Form. Dagegen beweist ein oder mehrmals wiederholter negativer bacteriologischer Befund noch nicht, dass die Affection nicht infectiöser Natur ist. Verlass auf oft wiederholten negativen Befund ist nur nach Anwendung der Neisser'schen Probe gewährleistet.

13) Hubert A. Royster-Raleigh: **Ein Fall von gleichzeitiger Intra- und Extrauterinschwangerschaft.** (The American Journal ef Obstetrics, December 1897.)

Der seltene Fall kam bei einer 34jährigen VII. Para vor. Das erste Kind wurde lebend zur rechten Zeit geboren. Die Diagnose einer gleichzeitig bestehenden Extrauteringravidität wurde alsbald gestellt; die Operation aber verweigert und konnte erst nach 4 Wochen vorgenommen werden, nachdem der Foetus bereits abgestorben, der Tubarsack geplatzt und peritonitische Erscheinungen eingetreten waren. Die Operation glückte trotz der Verzögerung, der Verlauf war dann ein normaler. Das erste Kind männlichen Geschlechts hatte 6 Finger an einer Hand, und starb an Inanition in der zweiten Woche. Das zweite, ein Mädchen, war vollständig entwickelt, ohne Abnormität.

14) J. C. Webster-Montreal: **Die Veränderungen der Uterusschleimhaut während der Gravidität.** (The American Gynaecological and Obstetrical Journal, December 1897.)

Diese mit dem ersten Preise des Royal College of Physicians in Edinburg gekrönte Arbeit kommt zu folgenden Schlüssen: Wenn in den ersten Schwangerschaftsmonaten ein Abgang erfolgt, ohne entzündliche Veränderungen des Uterus, so findet normalerweise die Lösung des Eies in der mittleren oder äusseren Schicht der Serotina und Decidua vera statt, manchmal löst sich die ganze compacte Lage nebst Fetzen der spongiösen Schicht, aber nur selten wird die letztere in grösserer Ausdehnung abgestossen. In späteren Monaten dagegen nimmt dieselbe meist in grösserer Ausdehnung theil, sonst ist die Trennungslinie im Allgemeinen die gleiche. Gegen das Ende der Schwangerschaft und bei der Geburt selbst erfolgt die Trennung ebenfalls im Allgemeinen nach demselben Gesetze, doch finden bei der dünnen Beschaffenheit der einzelnen Membranen verschiedene Abweichungen von der Regel statt. Nach der vollständigen Ausstossung des Eies ist also das Gebärmutterinnere noch mit der ganzen Schicht der Decidua bekleidet, eine theilweise Ausstossung derselben findet in normalen Fällen nur in sehr beschränktem Maasse statt. Die sehr umfangreiche und eingehende Arbeit ist mit zahlreichen, sehr instructiven mikroskopischen Abbildungen versehen.

F. Lacher-München.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Breslau.** December 1897.

33. Stadthagen Curt: Ueber Frühlähmungen beim Typhus abdominalis.
34. Ueberschaer Emil: Klinische Beitäge zur Anwendung des Cornutins.
35. Wittner Carl: Experimentelle Beiträge zur Frage des gleichzeitigen Gebrauchs von Inunctionscuren und Schwefelbädern.
36. Brutzer Wilhelm: Ein Beitrag zur Wochenbettsdiätetik.
37. Blumberg Moritz: Experimentelle Untersuchungen über Desinfection im Gewebe thierischer Organe.
38. Mahn Ludwig: Die Löslichkeit fester und flüssiger medicamentöser Substanzen in Lanolin.
39. Kuhn Fritz: Die Nekrosenbildung in den Kiefern.
40. Weigert Franz: Ueber das Fieber bei den Magendarmerkrankungen im Säuglingsalter.

Berichtigung. In No. 52, S. 1513, Breslauer Dissertation Nr. 27 ist zu lesen: Singer statt Sinzer.

Vereins- und Congressberichte.

(Berliner medicinische Gesellschaft siehe S. 160.)

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 7. December 1897.

Vorsitzender: Herr Lenhartz. Schriftführer: Herr E. Delbanco.

1) Herr **Loth**-New-York: **Zur Darstellung des Streptobacillus ulceris mollis Unna.**

Um die Darstellung des Streptobacillus ulceris mollis von Unna im Gewebe sicherer zu gestalten, habe ich systematisch das Gewebe in Alkohol und in Formol neben einander fixirt. Das Material entstammt der Unna'schen Poliklinik und wurde mittels Biopsie 6 Fällen entnommen.

Die Formolfixirung erwies sich bei Weitem überlegen; das aufgestellte Präparat zeigt Ihnen die dicken Büschel der aneinander gereihten Bacillen in einer Deutlichkeit, wie sie bisher bei der Alkoholfixirung nicht erreicht worden ist. Auf die technischen Einzelnheiten einer zweckmässigen Färbung, mit welcher ich mich im Unna'schen Laboratorium befasste, will ich mich heute nicht einlassen.

2) Herr **Wieling: Ueber primäre Epididymitis necroticans diplococcica.**

Vortragender berichtet über einen eigenartigen Fall einer infectiösen Nebenhodenerkrankung, der auf der chirurgischen Abtheilung des Herrn Dr. Sick im Neuen allgemeinen Krankenhause zur Beobachtung kam.

Ein 70jähriger Mann erkrankte angeblich unter Schüttelfrost mit Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Hodens, ohne dass von Seiten anderer Organe subjective oder objectiv nachweisbare Veränderungen in die Erscheinung traten. Bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus am 8. Tage der Erkrankung waren die acuten Symptome bereits verschwunden, es bestand bei gänzlicher Fieberlosigkeit nur eine derbe Schwellung und geringe Schmerzhaftigkeit des rechten Nebenhodens und Samenstranges. Die kranken Gebilde mitsammt dem Hoden wurden exstirpirt und es zeigte sich nun der Kopf des Nebenhodens von einem haselnussgrossen, gelblich nekrotischen Herd eingenommen. Als Urheber dieser Affection wurde nun durch Cultur, Thierversuch und im Schnittpräparat der Diplococcus lanceolatus von Fränkel-Weichselbaum nachgewiesen, es handelt sich also um eine primäre Epididymitis necroticans diplococcica, bei der die eigentliche, wahrscheinlich in der Schleimhaut irgend eines Organs zu suchende Eingangspforte nicht nachweisbar war; die Invasion in den Nebenhoden erfolgte wohl sicher auf dem Blutwege, und es ist nicht unwahrscheinlich, dass an den Gefässen des Samenstranges nachweisbare schwere Veränderungen (Endarteritis obliterans und ältere Thrombosen zweier Arterien und einer Vene) ein prädisponirendes Moment für die Ansiedelung abgegeben haben.

Wieling theilt des Weiteren noch kurz 5 in den letzten 3 Jahren auf der Abtheilung des Herrn Dr. Sick beobachtete reine Pneumococceninfectionen mit (1. Kleinhirnabscess mit Meningitis purulenta nach Otitis media. 2. Empyem mit Pericarditis, Peritonitis, Meningitis, Encephalitis haemorrhagica. 3. Peritonitis nach Pneumonia crouposa. 4. u. 5. 2 Fälle von Gonarthritis purulenta nach Pneumonie (Heilung). 6. Peritonitis ohne vorhergehende Lungenaffection [Heilung].)

Die bacteriologischen und histologischen Untersuchungen wurden in dankenswerther Weise auf dem anatomischen Institut des Krankenhauses unter Leitung des Herrn Dr. E. Fraenkel ausgeführt.

3) Herr **E. Delbanco: Ueber congenitales Sarkom der Zunge.**

Am 8. October sandte mir Herr Amtsphysikus Meinhard Schmidt in Cuxhaven «ein Geschwülstchen, congenital, entfernt vom linken vorderen Zungenrande eines 14tägigen Kindes — wohl aus Musculatur und Bindegewebe bestehend».

Die von mir im Unna'schen Laboratorium vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab eine sarkomatöse Infiltration des intermusculären Bindegewebes mit secundärer Degeneration der eingeschlossenen quergestreiften Muskelfasern. Die mit vorausgegangener Kernfärbung nach Ernst v. Gieson behandelten Schnitte zeigen sehr schön die Veränderungen der Musculatur. Die Querstreifung ist geschwunden, und die wie geronnen aussehenden, gesättigt gelben Cylinder sind vielfach zerklüftet, gleichsam durchbrochen. Die Sarkomzellen haben zum grösseren Theil Spindelzellentypus. Wer die täuschenden Aehnlichkeiten kennt, welche durch ein junges Leiomyom gelegte Schnitte mit Spindelzellensarkomen bieten können, wird die ausdrückliche Versicherung für berechtigt halten, dass für unseren Fall nur eine diffuse sarkomatöse Infiltration in Betracht kommt. Nach dem mikroskopischen Bilde ist eine scharfe Abgrenzung des «Geschwülstchen» nicht anzunehmen.

4) Herr **E. Fraenkel** demonstrirt:

1) Die Leber eines 77jährigen Mannes. Patient war mit den Symptomen einer tertiären Lues zur Aufnahme gekommen, nach 3 Tagen verstorben. Klinisch war eine höckrige Oberfläche der Leber constatirt und dieser Befund mit Recht auf alte Syphilis bezogen worden. Die Section ergab Sklerose des Stirnbeins, narbige Veränderungen des Zungengrundes und der oberen Larynxpartien, eine linksseitige schwielige Orchitis als sichere Zeichen tertiärer Syphilis. Die grosse Zahl der höckrigen Prominenzen an der Leberoberfläche setzte in die Diagnose einer Leberlues sofort Zweifel, die Schnittfläche durch die Höcker war grauweiss, und da sich ausserdem eine interstitielle Hepatitis fand, lag es nahe, an vicariirende Hypertrophien zu denksn.

In der Gallenblase lagen Steine und an der Innenfläche des Fundus fand sich eine geschwürige, zerfallene Neubildung, welche sich mikroskopisch als medulläres Drüsencarcinom der Gallenblase herausstellte. Letzteres hatte zu ausgedehnter Metastasenbildung in einer bereits cirrhotischen Leber geführt und dadurch das eigenthümliche Aussehen dieses Organs bedingt.

Das Interesse der Demonstration liegt darin, dass bei einem Manne Gallensteine zu einem nur in der Leber Metastasen setzenden Carcinom der Gallenblase geführt haben, und dass das Carcinom mit einer Cirrhosis hepatis sich combinirte. Differentiell-diagnostisch ist zu betonen, dass die Schnittfläche durch Lebergummata gelb-trocken ist. Fraenkel hat in den Jahren 1889—1896 im Eppendorfer Krankenhause unter 599 Carcinomen 29 Gallenblasencarcinome beobachtet.

2) Ein Gallenblasencarcinom. Die Gallenblase ist in einen faustgrossen, soliden Tumor verwandelt, von derber Beschaffenheit. Im Ductus cysticus liegen grosse Concremente. Per contiguitatem hat die Neubildung — was für Gallenblasenkrebse das gewöhnliche Ereigniss darstellt — auf die Leber übergegriffen.

3) 2 Präparate von Syphilis der Leber. Nicht sowohl eine Höckerbildung, als eine besonders an der Unterfläche hervortretende lappige Beschaffenheit ist die Endwirkung. Und zwar handelt es sich um eine grosslappige Felderung der Leberoberfläche. Die einzelnen Lappen werden zu verschiedenen Zeiten und verschieden tief abgeschnürt. In dem einen der vorliegenden Präparate zeigt das Parenchym eine Anzahl selten schöner Gummata von respectabler Grösse und mit charakteristischer trockengelber Schnittfläche. (Schluss folgt.)

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 16. December 1897.

Vorsitzender: Herr Hirsch.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr **Sänger** einen Apparat und führt Folgendes aus:

M. H.! In meiner Arbeit: «Zur Behandlung des acuten Schnupfens» (Therap. Monatshefte, Mai 1897) habe ich darauf hingewiesen, dass die übliche Anwendungsweise der Riechmittel eine unrationelle ist. Ich schlug vor, die flüchtigen Bestandtheile des in Frage kommenden Mittels statt mittels einer forcirten Inspiration, welche theils nicht ausführbar ist wegen Undurchgängigkeit der Nasenhöhlen, theils die Turgescenz und Hyperaemie der Schleimhaut steigert, in die Nase hineinzusaugen, mechanisch in dieselbe hineinzutreiben. Zu diesem Zwecke dient der demonstrirte Apparat. Selbstverständlich kann der Apparat auch in anderer Weise zu Inhalationszwecken bei acuten und chronischen Katarrhen des Kehlkopfs und der tieferen Luftwege benutzt werden. Er ist vor allen Dingen geeignet zur Vergasung ätherischer Oele, von Balsamen und Harzen, die in Alkohol oder Oel löslich sind.

Darauf hält Herr **Aufrecht** den angekündigten Vortrag: **Ueber Verhütung und Heilung der chronischen Lungentuberculose.**

Er hebt zunächst hervor, dass die im Anschluss an die Entdeckung des Tuberkelbacillus von Koch ausgesprochene Ansicht, die Tuberculose sei eine exquisite Infectionskrankheit, nicht berechtigt ist.

Das Experiment am Thiere bietet keine Handhabe für eine solche Annahme. Denn die Tuberculose des Menschen, ebenso wie die Perlsucht des Rindviehs, vermögen nach der Ueberimpfung

auf Thiere weder Lungentuberculose noch Perlsucht, sondern nur Miliartuberculose zu erzeugen. Versuche, welche bis 66 resp. 77 Tage gedauert hatten, ergeben nur allgemeine Miliartuberculose, keine Lungentuberculose, keinen Gewebszerfall, selbst da, wo das tuberkelbacillenhaltige Material in einer groben Aufschwemmung durch eine Ohrvene in das Blut des Kaninchens direct eingeführt wurde, also in erster Linie in die Lungen gerathen musste.

So wenig aber wie das Thierexperiment einen sicheren Beweis an die Hand gibt, dass eine der menschlichen Lungenschwindsucht analoge Erkrankung der Lungen durch Impfung mit Tuberkelbacillen erzeugt werden kann, ebenso fehlt es an jeglichem positiven Beweise, dass durch eine Uebertragung oder, richtiger gesagt, durch Einathmung von Tuberkelbacillen beim Menschen Lungenphthise entstehen kann.

Der Vortragende hat in seiner Privatpraxis nicht wenige Frauen ihre phthisischen Angehörigen Jahr und Tag pflegen gesehen, ohne dass dieselben häufiger erkrankt wären als andere, welche mit Phthisikern weniger in Berührung kamen.

Beweisender sind die im Krankenhause Magdeburg-Altstadt gemachten Beobachtungen. Hier sind vom Jahre 1880 bis zum Jahre 1897 insgesammt 34 560 innerlich Kranke behandelt worden; darunter waren 3828 Phthisiker, von denen 1630 starben. Innerhalb dieses Zeitraumes waren 263 Wärter mit der Pflege betraut; alle kamen mit den Phthisikern in sehr nahe Berührung. Wunderbarer Weise ist kein einziger an Phthise erkrankt.

Zu analogen Ergebnissen kam Langerhans auf Grund seiner statistischen Untersuchungen über die Bevölkerung Madeiras.

In Anbetracht solcher Erfahrungen einerseits und der trotz eifrigsten Bemühens wenig günstigen Erfolge der Tuberculinbehandlung andererseits, ist es heutzutage wohl doch das verlässlichste Vorgehen, durch Einhaltung rein hygienischer Maassregeln den Körper in die Lage zu versetzen, das Eintreten der tuberculösen Lungenspitzen-Erkrankung zu verhüten und bei schon vorhandener Krankheit die Heilung anzustreben.

Zu diesem Zwecke aber muss zunächst festgestellt werden, ob es Anzeichen gibt, welche eine Disposition zum Auftreten dieser Krankheit vermuthen lassen.

Solche Anzeichen sind in der That vorhanden, und zwar tuberculöse Erkrankung der Eltern mit und ohne Haemoptoe, welche geheilt sein können, tuberculöse Meningitis bei Geschwistern; ferner Scrophulose und Rachitis bei Geschwistern und bei den Betheiligten selbst.

Falls bei Angehörigen solcher Familien im Pubertätsalter und in den nächstfolgenden Jahren besteht: graciler schlanker Körperbau, Tiefstand einer oder beider Claviculae und Anaemie mit allen ihren Folgen, dann ist damit aller Anlass zu prophylaktischen Maassnahmen gegeben.

Dieselben bestehen in der Verabfolgung von Eisenpräparaten, guter Ernährung, viel Aufenthalt in guter, reiner Luft, zweckentsprechender Wahl des Berufs, wozu derjenige des Landwirthes oder des Forstmannes keineswegs gehört und Vermeidung aller Anstrengungen: des Tanzens, Bergesteigens, Velocipedfahrens.

Wenn objective Veränderungen in den Lungenspitzen feststellbar sind, so ist gegen die einzelnen Symptome, Husten, Nachtschweisse, Haemoptoe, entsprechend vorzugehen. (Die ausführliche Erörterung aller dieser Punkte ist in einer besonderen Mittheilung enthalten.)

Discussion: Herr Müller: M. H.! Gestatten Sie, dass ich noch einen Augenblick ihre Aufmerksamkeit in Anspruch nehme.

Herr Sanitätsrath Dr. Aufrecht hat in seinem Vortrage soeben bemerkt, dass bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Anamnese drei objective Symptome für die Frühdiagnose einer Lungeninfiltration wichtig und beachtenswerth sind. Diese Symptome sind, wenn ich dieselben noch einmal recapituliren darf:

1. Graciler, schlanker Körperbau.
2. Anaemie mit allen ihren Folgen.
3. Tiefstand einer oder beider Claviculae.

Der gracile, schlanke Körperbau, sowie die zarte, durchsichtige Blässe der Haut, sind seit langem schon bekannt und als wichtig bei der Erkennung der Lungentuberculose angesehen worden. — Ihnen dürfte sich nunmehr, als mindestens gleichwerthig, das 3. Symptom, der Tiefstand einer oder beider Claviculae anreihen. Es ist bisher kaum hierauf geachtet worden, wenigstens liegen meines Wissens derartige Untersuchungsbefunde nicht vor.

Ich habe nun — auf Veranlassung des Herrn Sanitätsrathes Dr. Aufrecht — an 150 Kranken des Krankenhauses Altstadt genaue Messungen über die Stellung der Clavicula zum Sternum angestellt und erlaube mir in Kürze darüber zu berichten.

Der besseren Uebersicht wegen sind die 150 Fälle in drei Gruppen eingetheilt, von denen die erste Kranke umfasst, bei denen durch die phys. Untersuchung und durch den positiven bacteriologischen Befund Lungentuberculose festgestellt ist.

In der zweiten Gruppe befinden sich Kranke, die der Lungentuberculose verdächtig sind, bei denen aber der bacteriologische Befund trotz mehrfacher Untersuchung zur Zeit negativ ausgefallen ist.

Die dritte Gruppe enthält Kranke, bei denen Lungenerkrankungen ausgeschlossen werden konnten.

Bei sämmtlichen — 30 — Kranken der ersten Gruppe, also bei den Phthisikern, fand sich ein exquisiter Tiefstand einer oder beider Claviculae, je nachdem eine oder beide Lungenspitzen erkrankt waren.

Die Claviculen näherten sich hier sehr einer horizontalen Linie und hielten sich nur wenige Winkelgrade von derselben entfernt.

Bei fast allen 35 Kranken der zweiten Gruppe — also denen, die auf Lungentuberculose verdächtig waren — fand sich ein ähnliches Verhalten, wie das eben erwähnte, nur in geringem Grade vor.

Bei allen übrigen Patienten — 85 — war der Verlauf der Claviculae ein bedeutend steilerer, als bei denen der früheren Gruppen.

Zum Schlusse noch einige Worte über die Ausführung der Messung. Ich habe mich dabei einer einfachen Wasserwaage bedient, welche mit einem Tangenten-Sinus in Verbindung gebracht war; im Mittelpunkte des letzteren waren zwei feine Fäden angebracht. Das Instrument wurde nun horizontal vor die Mitte der Fossa jugularis sterni gehalten, während der Patient in ungezwungener Haltung vor dem Untersuchenden auf einem Stuhle sass, und dann mit Hilfe der Seidenfäden an der Gradeintheilung des Sinus der Winkel abgelassen, unter dem sich die Clavicula in das Sternum einfügt. Das Instrument ist sehr primitiv, immerhin aber glaube ich damit brauchbare und richtige Resultate erlangt zu haben.

Herr Hager-Neustadt bekennt sich zu anderen Anschauungen als der Vortragende. Die Behauptung, dass die Lungentuberculose keine Infectionskrankheit sei, und dass die Ansteckung bei der Entstehung derselben keine Rolle spiele, sei Angesichts der allgemeinen Anerkennung dieser Thatsachen etwas ungeheuerlich.

Das Factum einer Disposition zwinge doch keineswegs zu einer solchen Annahme; sie erkläre sich auch ungezwungen, wenn man die Vererbung eines Blutserums annehme, welches den Tuberkelbacillus nicht abzutödten vermag, sondern seine Entwicklung begünstigt.

Den übrigen für Nichtübertragung angeführten Thatsachen liessen sich ebenso viele Beispiele, welche für Uebertragung sprechen, entgegenstellen.

Was die Tuberculinhehandlung anbelange, so sei Vorredner noch auf der Naturforscherversammlung in Halle für dieselbe eingetreten mit Betonung sehr viel kleinerer Initialdosen. Wenn dies Mittel in der That so unwirksam sich gezeigt habe, so seien doch 300 mit demselben behandelte Fälle eine etwas zu grosse Zahl.

Was Recidive nach einer Tuberculincur anbelangt, so seien dieselben durchaus erklärlich. Redner habe mehrere Patienten zu drei verschiedenen Malen nach längeren Intervallen nacheinander mit Tuberculin geimpft und sei dann doch schliesslich dahin gekommen, dass die Krankheit jetzt seit vielen Jahren Stillstand mache.

Mit den Anschauungen des Vorredners würden wir zu der alten Ohnmachtserklärung in Bezug auf die Tuberculose zurückkehren, anstatt zu einer Ausrottung derselben zu kommen.

Nur in der Verfolgung des Tuberkelbacillus und in der specifischen Behandlung der Tuberculose, welche Maassregeln eher als Volkssanatorien eine Förderung verdienten, liege das Heil.

Das Radfahren hält H., im Gegensatz zum Vorredner, bei Tuberculosedisposition für günstig, weil es zu einer ergiebigen Ventilation der Lungen und auch der Lungenspitzen führe.

Herr Thoma ist der Ansicht, dass eine Haemoptoë ausser durch Gewebszerstörung auch durch haemorrhagische Exsudation zu Stande kommen könne, welch' letztere allerdings nur geringe Haemoptoë veranlasse.

Herr Habs betont bezüglich der Müller'schen Untersuchungen, dass bei der Stellung der Claviculae erstens das Geschlecht und zweitens besonders die Stärke der Musculatur in Frage komme.

Herr Unverricht führt aus, dass es bezüglich der Ursache der Tuberculose neben der Disposition besonders auf das Hineingelangen des Tuberkelbacillus ankomme. Abweichende Resultate der Thierimpfungen seien kein Beweis dagegen. Er halte die Tuberculose für eine Infectionskrankheit. Auch der tuberculöse Habitus könne ebenso gut ein Product, wie die Ursache der Tuberculose sein.

Herr Sänger bemerkt: Für die Verhütung der Lungenschwindsucht, wie vieler anderer Krankheiten der Athmungsorgane ist von grösster Wichtigkeit das Vorhandensein eines normalen Zustandes der Nase bezw. die Wiederherstellung eines solchen Zustandes. Ich habe vor 4 Wochen ausführlich darüber gesprochen, und verweise auf den demnächst im Centralblatt für innere Medicin erscheinenden Abdruck meines Vortrages. Hier will ich nur kurz darauf hinweisen, dass, was allgemein zu wenig gewürdigt wird, die Nase ein sehr wichtiges Schutzorgan für die übrigen Luftwege ist. Sie schützt dieselben vor dem Eindringen von allzu kalter, allzu trockener und von staubiger Luft. Ferner haben seit einiger Zeit französische Forscher darauf aufmerksam gemacht, dass die normale Nase einen sehr wirksamen Schutz gegen die bacterielle Invasion der Luftwege bietet, da das normale Nasensecret bactericid wirkt. In allen Fällen von chronischen Katarrhen der Luftwege solle man daher die Nase genau untersuchen und falls sich Anomalien derselben finden, diese nach Möglichkeit beseitigen.

Herr Beinert schliesst sich Herrn Aufrecht in soweit an, dass die Contagiosität der Lungentuberculose bisher weder durch die klinischen Beobachtung, noch durch das Experiment erwiesen war. Die Basis zur Erkrankung bilde sicher eine erbliche constitutionelle Entartung des Organismus. Flügge habe neuerdings auf eine andere Art der Luftinfection, auf die durch feinste Flüssigkeitströpfchen resp. Bläschen, wie sie durch Hustenstösse in die Einathmungssphäre des Menschen gelangen können, aufmerksam gemacht. Seine Inhalationsversuche wurden mit verspraytem, flüssigem Sputum ausgeführt und hatten — im Gegensatz zu der seither im Experiment angewandten Staubinfection — bei Meerschweinchen ausnahmslos Erfolg.

Herr Aufrecht: Schlusswort.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie in München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 16. November 1897.

Herr M. Cremer: Besitzt das Phlorhizin einen specifischen Einfluss auf die Milchdrüsenzellen?

Cornevin[1]) hatte behauptet, dass bei der milchgebenden Kuh der Zuckergehalt der Milch durch Phlorhizininjectionen bedeutend (auf etwa das Doppelte) gesteigert werden könnte. Ich habe diese Versuche in der hiesigen landwirthschaftlichen Central-Versuchsstation nachgeprüft an einer Kuh, die vor und während des Versuches täglich mit derselben Menge Heu gefüttert wurde.

Der procentische Zuckergehalt der Milch erhöhte sich allerdings etwas unter dem Einfluss des Mittels, doch bei Weitem nicht in dem Maasse, wie Cornevin angibt. Das auffallendste Ergebniss war aber die Herabsetzung der Milchmenge und damit der absoluten Zuckermenge bei im Uebrigen gleichbleibender Nahrungsaufnahme. Der Urin enthielt nach den Injectionen reichlich Zucker. In der Milch konnte die Anwesenheit von Traubenzucker nicht nachgewisen werden.

Ich glaube schliessen zu dürfen, dass das Phlorhizin keinerlei directen Einfluss auf die Milchdrüsenzellen besitzt.

Herrn Professor Soxhlet spreche ich für die gütigst ertheilte Erlaubniss zur Vornahme dieser Untersuchung und das Interesse, das er derselben entgegenbrachte, meinen verbindlichsten Dank aus.

Anmerkung: Kurz vor Drucklegung dieses Auszuges meines Vortrages, die sich nur durch zufällige Umstände verzögerte, erhalte ich Kenntniss von einem soeben erschienenen Aufsatz von R. Pappenheim: Die Milchsecretion bei Phloridzin-Diabetes (Archiv für Verdauungskrankheiten, Band III, Heft 4), in dem von einem analogen Versuche an einer Ziege berichtet wird (v. Mering's Laboratorium).

[1]) Compt. rend. CXVI.

Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 15. September 1897.

Herr **Görl** demonstrirt zwei cystoskopische Fälle:

1. **Blasentumor. Cystotomie, Heilung.**

43jähriger Mann, hat seit einigen Monaten hie und da beim Uriniren geringe stechende Schmerzen, die in Ruhe verschwinden, beim Gehen sich steigern. Zeitweise werden nach Anstrengungen geringe Blutgerinnsel entleert. Schmerzen am Schluss des Urinirens manchmal, aber nicht besonders ausgeprägt vorhanden.

Der Urin ist mit Ausnahme einiger kleiner Blutgerinnsel makroskopisch, mikroskopisch und chemisch als normal anzusehen. Mit der Sonde fühlt man einen harten Körper, der sich nicht verschieben lässt; derselbe ist per rectum links von der Prostata als genau umschrieben, kastaniengross zu fühlen.

Mit dem Cystoskop findet man links, etwas oberhalb der Prostata einen kastaniengrossen Tumor mit leicht papillöser Oberfläche und schmalem Stiel. Da er zu weit vorn sitzt, als dass er mit dem Operationscystoskop erreicht werden könnte, wird Patient von Prof. Graser-Erlangen operirt. Nach Eröffnung der Blase wird der Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge abgebrannt, die Blase und Bauchwand dann sofort geschlossen. Glatte Heilung. 14 Tage nach der Entlassung aus dem Spital trat eine Cystitis und doppelseitige Epididymitis ein, die aber bald wieder auf Salol heilten.

Bei der Demonstration sieht man an der Operationsstelle des hinteren Sitzes des Tumors eine gleichmässig roth gefärbte Stelle von Markstückgrösse, die etwas dunkler als die übrige Blasenschleimhaut gefärbt ist und Blutgefässe nicht durchschimmern lässt. Die Eröffnungsstelle der Blase ist als solche nicht von der übrigen Schleimhaut zu unterscheiden, aber an den senkrecht zur Eröffnungslinie der Blase gestellten Falten zu erkennen.

Ein Recidiv ist in der Blase an keiner Stelle aufzufinden.

2. **Blasenstein. Litholapaxie ohne Narkose, Heilung.**

Der 42jährige Patient hat seit seiner Jugend geringe Harnbeschwerden in der Art, dass manchmal der Urin nicht gelassen werden konnte, gehabt. Vor 8 Jahren plötzliche Retention, die auf eine (nicht vorhandene) Strictur bezogen wurden. Später noch öfters ähnliche Anfälle, mit Fieber und Epididymitis. Gries ging nie ab. Auf Stein wurde nicht untersucht.

Mitte Juli, bei Eintritt in meine Behandlung, war der Urin des Patienten völlig normal. Mit der Steinsonde nichts zu fühlen. Einige Tage darauf plötzlich starke Trübung durch Schleim und Eiter. Rectaluntersuchung negativ, da Patient ziemlich corpulent ist.

Cystoskopisch sieht man einen längsovalen Uratstein von 3 cm Länge und 2 cm Breite vor dem Trigonum liegend.

8 Tage darauf wird die Litholapaxie vorgenommen, die ohne Blutung und ohne jegliche Reaction verlief. Auf Wunsch des Patienten wurde von einer Narkose abgesehen. Daraufhin verschwinden die Beschwerden völlig und Patient hielt sich für geheilt.

Bei einer unter Assistenz des Collegen Bernett vorgenommenen Controlcystoskopie fand ich in einer Tasche einen zweiten Stein, der in der Mitte wie eine Bohne eine Ausbuchtung hatte; in dieser hatte wohl der erste Stein gelegen.

In einer zweiten Sitzung gelang es, den Stein aus der Tasche zu heben, zu zertrümmern und die Hauptmasse der Splitter mit der Pumpe zu entleeren. Ein Theil der Steinfragmente blieb in der von der ersten Sitzung her noch geschwellten Schleimhaut hängen, wurde aber unter Höllensteinspülungen spontan entleert. Auch diesmal wurde keine Narkose angewendet.

Bei der Vorstellung des Patienten sieht man die Tasche, in der der zweite Stein gesessen; zugleich sind bei diesem Patienten die beiden Ureterenmündungen so gut zu sehen, dass ein Theil der versammelten Collegen die Contractionen des Ureters und das Ausspritzen des Urins aus denselben genau beobachten konnten.

Ferner demonstrirt Herr **Görl** ein **Nierencarcinom.**

Der Patient (48 Jahre alt) erkrankte vor 10 Jahren mit Steinbeschwerden, d. h. Abgang von Gries, Schmerzen in der rechten Seite und Blutungen. Vor 3 Jahren dauerte eine profuse Blutung, die den Gedanken an eine Neubildung nahelegte, einmal über 14 Tage, so dass dem Patienten eine Operation —, ob Nephrotomie oder Nephrektomie sollte sich erst im Verlauf der Operation zeigen — vorgeschlagen, von diesem aber refüsirt wurde. Schliesslich stand die Blutung spontan. Unter Fortbestehen der Schmerzen in der rechten Seite mit Abgang von Gries befand sich Patient eine Zeit lang trotzdem relativ wohl. Ende September vorigen Jahres trat nun eine neue Blutung auf, die mit Unterbrechungen fast 4 Wochen dauerte, aber gut ertragen wurde.

Der Urin enthält Spuren von Albumen und Cylinder. Cystoskopie. Die Blutung kommt nicht, wie erwartet, aus der rechten, sondern aus der völlig schmerzlosen, nicht vergrösserten linken Niere.

Operation wird von dem Patienten verweigert. Die Blutung steht von selbst wieder und erscheint bis zum Tod des Patienten nicht wieder.

Im März ist links eine Geschwulst zu fühlen, die als Hydronephrose gedeutet wird. Allmählich verliert Patient den Appetit und seine Kräfte. † 13. August.

Die Section ergibt rechts vergrösserte Niere mit geringem Grad von interstitieller Nephritis. Im Nierenbecken Gries.

Die linke Niere ist vollständig carcinomatös entartet, kleinkindskopfgross. Das gesammte Nierenbecken ist mit einer fibrinösen Masse angefüllt, die sich fingerdick noch 7 cm in den Ureter fortsetzt. Drüsenschwellungen oder Metastasen sind nirgends vorhanden. Die carcinomatöse Niere wird vorgelegt.

Herr **Riegel** berichtet über 3 Fälle von **Meningitis** mit Sectionsbefund:

1. Fall. 31jähriger Mann, Kutscher. Beginn Ende Mai 97 mit starken Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, hohem Fieber, Herpes

labialis, starkem Sausen im linken Ohr. Kein Erbrechen. Diplopie (rechter Internus paretisch).

9. April. Der Kopf wird beständig mit leisen Stössen nach hinten geworfen. Augenhintergrund, Pupillen normal. Keinerlei Hyperaesthesie der Haut.

15. IV. Beständig hohes Fieber. Die alten Erscheinungen. Patient jetzt öfter verwirrt. Nystagmus. Singultus. Grosse allgemeine Unruhe.

17. IV. Flüchtige Zuckungen im Gesicht, in den Armen, Schultern, Nackenmuskeln. Die Augen werden nach oben verdreht. Patient spricht viel irre, ist aber dazwischen wieder vollkommen klar. Kein Erbrechen.

22. IV. Kein Nystagmus mehr. Der Kopf wird seltener nach hinten gestossen. Noch leichte Nackenstarre.

25. IV. Nach 3tägiger Besserung (Nachlass des Fiebers) wieder plötzliche Temperatursteigerung 39,5, heftige Kopfschmerzen, Nystagmus, leichte Convulsionen. Pupillen lichtstarr. Viel Delirien. Augenhintergrund normal.

Vom 3.—23. V. derartige Besserung, dass schon volle Genesung erwartet wird.

Kein Fieber mehr; Patient vollkommen klar. Nur noch leichte Kopfschmerzen, auch noch Doppeltsehen. Patient kann im Zimmer umhergehen, sein Gang ist aber ataktisch. Kniephänomen lebhaft.

Am 23. V. plötzlich wieder rasende Kopfschmerzen, Erbrechen, Pulsverlangsamung, Zuckung im linken Arm und in der linken Schulter.

24. V. Exitus letalis.

Section: Hochgradiger Hydrocephalus internus. Im rechten Hinterhauptslappen eine etwa kirschgrosse Cyste. Pia an der Basis des Kleinhirns milchig getrübt; in beiden Kleinhirnhemisphären ausgedehnte Erweichungsherde. Am Grosshirn sonst nichts Besonderes.

II. Fall. 50jähriger Mann, Maschinist. Beginn Anfangs Mai mit Schmerzen in den Füssen und Unterschenkeln und grosser Schwäche in den Beinen. Kopfschmerzen. Geringe Nackenstarre. Erbrechen. Nie Coma, aber öfter verwirrt. Diplopie. Augenhintergrund normal. Temperatur meist normal, nur einmal 39. Puls sehr beschleunigt, schwach. Am 29. V. Exitus letalis.

Section: Pachymeningitis externa. Pia über der Convexität der beiden Grosshirnhemisphären nur getrübt, nicht eitrig (Leptomeningitis). Geringer Hydrocephalus internus. Hirnhyperaemie.

III. Fall. 53jähriger Mann. Künstler, Professor. Beginn am 8. Juli 1897 mit sehr starken Kopfschmerzen und einmaligem Erbrechen. Kreuzschmerzen. Schmerzen in allen Gliedern. Bald Verworrenheit mit vollkommener Klarheit abwechselnd. Hochgradigste motorische Unruhe. Schlaflosigkeit. Mückensehen. Ohrensausen. Innere Organe gesund. Kein Fieber. 12. VII. Pupillen eng, Augenhintergrund normal. Nackenstarre. Gesicht congestionirt. Starke Benommenheit. Schreien. Herpes labialis. An den Oberschenkeln Erythem. Allgemeine, hochgradige Hyperaesthesie, grosse Schmerzhaftigkeit der Muskeln. Obstipation.

Vom 14. VII. ab immer schwereres Coma. Cheyne-Stokes'sches Athmen. Leichter Nystagmus.

15. VII. Starkes Zähneknirschen, tiefes Coma. Während des ganzen Krankheitsverlaufes ergaben wiederholte Messungen kein Fieber.

16. VII. Exitus letalis im tiefsten Coma.

Section: Leptomeningitis purulenta der Convexität und Basis. Alle Sulci mit Eiter ausgefüllt, die Eiterschwarten erreichen über den Centralwindungen und am Stirnhirn eine Dicke von ½ cm. Auch in den Hirnkammern massenhaft Eiter.

Sitzung vom 7. October 1897.

Herr **Heinlein** gibt eine erschöpfende Darstellung der Geschichte und Behandlung der **Aneurysmen.** Im Anschluss daran stellt er einen 39jährigen Patienten, Steinhauer, vor, bei welchem er vor Jahresfrist die Radicalexstirpation des über mannsfaustgrossen Sackes eines **Aneurysma der A. cruralis** im unteren Drittel vorgenommen hatte. Der vorgestellte Mann geht seit Langem seiner schweren Berufsarbeit ohne die geringste Behinderung nach. Operations- und Krankheitsgeschichte gelangen demnächst durch Herrn Dr. Zahn an dieser Stelle in extenso zur Mittheilung.

Herr **Barabo** demonstrirt eine grosse Reihe schöner Photographien von seiner Reise zum internationalen medicinischen Congress in Moskau.

Sitzung vom 21. October 1897.

Herr **Mansbach** berichtet über einen geburtshilflichen Fall von **Trichterbecken** bei einer 33jährigen I. Para.

Patientin lernte in Folge Rachitis erst mit 8 Jahren laufen. Etwas vor dem normalen Schwangerschaftsende Auftreten heftiger Krampfwehen, die 3 Tage währten. Kein völliges Verstreichen des äusseren Muttermundes. Schwierigkeit des Anlegens des zweiten Zangenlöffels. Mehrere mittelstarke Tractionen ohne Erfolg. Perforation. Normales Wochenbett. Distant. tub. ischii = 8 cm.

Herr Mansbach berichtet über noch weitere 38 Fälle von Trichterbecken, die er aus der Literatur gesammelt hat und spricht dann über Diagnose, Prognose und Häufigkeit des Vorkommens genannter Beckendeformität, insbesondere verbreitet er sich über die Gefahren für die Mutter bei Verkennung des vorliegenden Geburtshindernisses.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 29. Januar 1898.

Atypische Formen des acuten Gelenkrheumatismus. — Zur Pathogenese der Gelenksaffectionen. — Operirte Hirntumoren. — Soll man Gummata des Gehirns operativ angehen?

Im Wiener medicinischen Club sprach jüngst Dr. G. Singer über die atypischen Formen des acuten Gelenkrheumatismus. Als solche Form beschreibt G. eine initiale Angina als erste Localisation des Erregers der rheumatischen Infection. Es bestehen rheumatoide Symptome, als: Fieber, Schmerzen in der Nackenmusculatur, in den Halswirbelgelenken, allgemeine Gliederschmerzen. Entwickelt sich die Krankheit vollkommen, so haben wir Angina, Gelenksprocesse, Endo-, Pericarditis, Pleuritis, Erythem etc. Es können sich auch bloss einzelne dieser Symptome mit einander verbinden; die Affection beruht immer auf bacterieller (pyaemischer) Grundlage.

Abortivformen können sich als «rheumatische Aequivalente» zwischen zwei Recidiven eines vollkommen ausgebildeten Gelenkrheumatismus einschieben. Wenn die Prodrome des Rheumatismus mit Fieber, Milztumor und Prostration einhergehen, so kann diese atypische Form eine Zeit lang als Typhus imponiren. Ein anderes Mal hat man es mit Myositis zu thun, welche mit Gelenkserscheinungen combinirt ist. Auch Herpes zoster, der bei schweren Gelenkrheumen erscheint, kann isolirt mit Fieber und Intercostalneuralgien als atypische Form des Gelenkrheumatismus auftreten; wieder ein anderes Mal localisirt sich der rheumatische Process vornehmlich in den Sehnenscheiden, was fast gewöhnlich beim gonorrhoischen Rheumatismus beobachtet wird.

Nicht die Gelenkaffection ist nach S. die Hauptsache — es gibt auch einen Rheumatismus sine arthritide — das constanteste Symptom ist das Fieber (fièvre rhumatismale), welches den Gelenksymptomen vorausgeht, sie begleitet und überdauert; die Grundlage des ganzen Processes ist in der rheumatischen Blutinfection zu suchen.

An den Vortrag schloss sich eine eingehende Discussion, in welcher einzelne Behauptungen S.'s. bestritten wurden. Viele Infectionskrankheiten gehen mit Gelenkschmerzen einher, so dass man schliesslich Alles als Gelenkrheumatismus ansehen könne. Die Discussion soll nächstens fortgesetzt werden.

Dieselben Bedenken, zumal aber der Vorwurf, dass Singer sogar evidente Fälle von Pyaemie als solche von Gelenkrheumatismus angesehen habe, wurden auch in der letzten Sitzung unserer Gesellschaft der Aerzte erhoben. Anlass hiezu gab ein Vortrag des Herrn Dr. Ludwig Hofbauer: «Zur Pathogenese der Gelenkaffectionen». Es ist bekannt, dass die Gelenke bei Blutinfection und Blutintoxication sehr leicht erkranken. Erst in allerjüngster Zeit hat sich Buday bemüht, für diese «Disposition» der Gelenke ein anatomisches Substrat zu eruiren. Er glaubte es in einer eigenthümlichen Schwellung der Gefässendothelien der Synovialmembran gefunden zu haben. Hofbauer hat eine Nachprüfung dieser Arbeit vorgenommen und stellte als Resultate derselben jüngst zwei Hauptsätze auf, welche ich wörtlich anführe:

1. Die Synovialmembranen zeichnen sich durch ihren Reichthum an Gefässen aus; diese letzteren nähern sich stark der Oberfläche und verlaufen knapp unter derselben eine Strecke weit in Schlangenlinien.

2. Diese Eigenthümlichkeiten der Gefässanordnung bedingen die Häufigkeit der Gelenkaffectionen bei bestehender Blutinfection oder Blutintoxication.

Hierauf führte Hofbauer auch die Leichtigkeit der Infection der Gelenke mit pathogenen Keimen, die leichte Ausscheidung der Bacterien in die Gelenke, die rasche metastatische Entzündung aller Gelenke zurück.

Dem Vortrage folgte nun eine lebhafte Discussion zwischen Professor Chvostek und Dr. Singer, wobei Ersterer, unter Hinweis auf eigene Untersuchungen, die Gelenkschwellungen beim

acuten Gelenkrheumatismus nicht auf die Invasion von Mikroben, vielmehr auf die Einwirkung toxischer Substanzen zurückzuführen suchte, während Dr. Singer die Befunde Hofbauer's als für seine Untersuchungsresultate sprechend in Anspruch nahm. Die negativen bacteriologischen Untersuchungen, welche Chvostek in's Feld führte, sah Singer als absolut nicht beweisend an, zumal ja Toxine ohne Bacterien nicht denkbar seien. Chvostek leugnete wiederum nicht den bacteriellen Ursprung des Gelenkrheumatismus, betonte aber immer wieder die toxische Genese der Gelenkentzündung, ferner den Umstand, dass, ausser Singer, kein zweiter Forscher bisher beim acuten Gelenkrheumatismus hinsichtlich des Blutbefundes ein positives Resultat erbrachte. Singer that es, weil er Fälle evidenter Pyaemie als Gelenkrheumatismus diagnosticirte und seinen Untersuchungen zu Grunde legte. Noch einmal replicirte Dr. Singer und sprach von einer Verdrehung von Thatsachen, von Sophismen, mit welchen ernste Fragen nicht gelöst werden können etc. Nun bekam der Vorsitzende die Discussion satt und schloss die Sitzung.

Erfreulicher als diese unfruchtbare, leider auch persönlich gewordene Debatte waren einige Mittheilungen und Krankendemonstrationen des Docenten Dr. H. Schlesinger aus der Klinik Hofrath Schrötter's. Er stellte einen 43 jährigen Mann vor, der an der Klinik mit schweren Symptomen lag, die zur Stellung der Diagnose auf Hirntumor mit der Localisation am unteren Ende der vorderen Centralwindung berechtigten. Doppelseitige Stauungspapille, rechtsseitige Hyoglossusparese, Ataxie und Muskelstörungen an der rechten oberen Extremität, zunehmende Mattigkeit, Gedächtnissschwäche, Anfälle klonischer Krämpfe der rechten oberen Extremität, anhaltende Kopfschmerzen. Später Silbenstolpern, Druckempfindlichkeit des Scheitelbeins, besonders auf Klopfen, Parese der rechten oberen Extremität, ein Anfall von Rindenepilepsie, Erbrechen, Verfall der Kräfte. Trotz energischer antiluetischer Cur Progression der Erscheinungen.

Assistent Dr. v. Friedländer berichtete über die an der Klinik des Hofrathes Prof. Albert vorgenommene Operation. Blosslegung der linken Centralwindung durch Bildung eines Wagner'schen Knochenlappens; der Tumor, guldenstückgross, mit der Dura verwachsen, wird aus der Hirnsubstanz theils stumpf, theils scharf ausgelöst. Sofort nach der Operation rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie. Wundverlauf ungestört, kleiner Hirnvorfall geht rasch zurück. Die exstirpirte Geschwulst ist ein verkästes Gumma, daher die specifische Behandlung unwirksam war.

Die rechtsseitige Hemiplegie ging bald zurück, die Hypoglossuslähmung besteht noch, ebenso hochgradige Ataxie des rechten Armes. Der Kranke lernt bereits sprechen.

Docent Dr. Schlesinger weist nunmehr auf einzelne interessante Momente dieses Falles hin (auf die isolirte Hypoglossuslähmung corticaler Natur, auf die Verspätung der Schmerzempfindung bei ausgesprochener Hyperalgesie), erklärt dieselben und präcisirt schliesslich die Indicationen zum chirurgischen Eingriffe bei Hirnsyphilis mit folgenden Sätzen: 1. Ist bei entsprechenden Anamnesen ein Tumor mit stationären Erscheinungen vorhanden, der einer antiluetischen Behandlung nicht weicht, chirurgisch leicht zugänglich ist und vermuthlich geringen Umfang hat, ist ein chirurgischer Eingriff zu versuchen. — 2. Bei ausgesprochener Progredienz der Tumorsymptome trotz energischer antiluetischer Behandlung. — 3. Bei vorhandener Jackson'scher Epilepsie auch nach sonstigem Rückgang der Tumorerscheinungen. — Als Contraindication: Vorhandene Zeichen einer basalen oder ausgedehnten spinalen Lues, schwerer Kräfteverfall, Amyloidosis.

Im Anschlusse hieran stellt Docent Dr. Schlesinger einen zweiten Mann vor, der vor 8 Jahren wegen Hirntumors (wallnussgrosser, schwieliger Duraltumor) von Albert operirt wurde, wobei jetzt noch Parese eines Beines, eines Armes, besonders der Finger persistiren und bespricht die Geschichte eines dritten operirten Falles, bei welchen wegen Rindenepilepsie ein Tumor der Centralwindungen diagnosticirt, bei der Operation aber nicht vorgefunden wurde. Starker Hirnprolaps nach dem Eingriffe; wesentliche Besserung, kein Kopfschmerz, Rückgang der Stauungspapillen, keine Krampfanfälle. Nach 5 Monaten Wiederkehr in's Spital, Tod nach einigen Wochen. Nekroskopie: Gliosarkom der ganzen rechten Hemisphäre.

Londoner Briefe.

In der Frage der Hospitalreform, die schon seit Jahren die medicinischen Kreise in ausserordentlicher Weise in Anspruch nimmt, ist man bis jetzt noch zu keinem einheitlichen Plane gelangt. Die Ansichten über die Ursache der bestehenden Missstände sind so mannigfaltig, dass die Verschiedenheit der Vorschläge zur Verbesserung uns nicht Wunder nehmen darf. Die Hauptveranlassung zur Bildung der Hospitalreform-Association gab, wie schon früher mitgetheilt, die finanzielle Nothlage der Hospitäler. Um dieser zu steuern, machte vor Kurzem eine maassgebende Persönlichkeit den Vorschlag, alle Diejenigen, welche Hospitalshilfe suchen, ein Untersuchungsbureau passiren zu lassen. Solche, die ausser Stande sind zu bezahlen, werden gratis behandelt; alle Anderen sollen verpflichtet werden, einen Beitrag, höher als das Honorar eines praktischen Arztes, an das Hospital zu entrichten. Die Unmöglichkeit der Durchführung in einer Stadt von annähernd 6 Millionen Einwohnern wird diesen Vorschlag ebenso, wie zahlreiche frühere, bald der Vergessenheit anheimfallen lassen. Bezeichnend ist übrigens, dass der mit so grosser Reclame angelegte Prince of Wales-Hospital-Fond, für welchen die Sammlungen jetzt abgeschlossen sind, genau $^1/_5$ der Summe ergeben hat, welche man erwartete.

In einer der letzten Sitzungen des Londoner Gemeinderathes wurde mitgetheilt, dass sich in den meisten Stadtgebieten eine bedeutende Steigerung der Wahnsinnsfälle bemerkbar mache. Man wisse kaum, wo man die zahlreichen Patienten unterbringen soll.

Thatsächlich ist es erwiesen, dass aus den meisten Irrenanstalten viele Patienten wegen Raummangels entlassen wurden, deren Seelenleiden nach kurzer Zeit in erschwerter Form zurückkehrte. In mehreren Fällen begingen einige dieser zu früh Entlassenen furchtbare Verbrechen, jedoch haben die Behörden nur wenig gethan, derartigen Uebelständen Einhalt zu gebieten. Andere leicht Irre wiederum können theils wegen Raummangels, theils wegen der mit der Aufnahme verbundenen Schwierigkeiten nicht in eine Irrenanstalt untergebracht werden. Zu diesen gehörte ein bei seinen Collegen als verrückt bekannter Schauspieler Prince, welcher vor wenigen Wochen den hier sehr bekannten Schauspieler Terris auf offener Strasse erstach. Während der Gerichtsverhandlungen wurde Prince nach ärztlicher Beobachtung für irrsinnig erklärt. Einer der Richter sprach in etwas lakonischer Weise sein Bedauern darüber aus, dass es in London so Viele gäbe, die nicht genug verrückt seien, um in ein Irrenhaus gebracht werden zu können, aber andererseits zu verrückt, um für einen begangenen Mord aufgehängt zu werden. Dass der Wahnsinn und zwar besonders unter den englischen Frauen in den letzten Jahrzehnten sehr gestiegen, ist zum grossen Theil der Trunksucht und Droguenmanie zuzuschreiben. Während das arme Weib in Wachholderschnaps (Gin) Sorgen und Hunger zu ertränken sucht, fröhnen die Frauen der besseren Mittelclasse der Droguensucht in unverantwortlicher Weise. Einige trinken Chlorodyne, welches Morphium in nicht zu verachtenden Quantitäten enthält, Andere Opiumtinctur, wieder Andere injiciren Morphium, Codein oder Cocain. Mehr als alles Andere scheint jedoch der Genuss des sogenannten Cocaweines zur Steigerung der Wahnsinnsfälle beizutragen. Es ist wunderbar, dass der Verkauf dieses nervenzerrüttenden Mittels nicht polizeilich verboten wird. Der Cocawein ist bei allen Droguisten und Apothekern zu kaufen, doch hat die weise Regierung, in ihrer Fürsorge, etwas dabei zu verdienen, bestimmt, dass sich der Apotheker eine Weinverschleiss-Licenz anzuschaffen habe, wodurch sie factisch den Verkauf des verwerflichen Präparates noch legalisirt hat. Wer die Polizeiberichte in den hiesigen Blättern durchstudirt, dem muss es aufgefallen sein, dass ein Richter fast machtlos ist, eine Gewohnheitstrinkerin auf längere Zeit in eine Anstalt zu verweisen, woselbst sie von ihrer Trinkpassion geheilt werden könnte. Er kann sie nur, und dann muss sie eine gesetzwidrige That begangen haben, zu Gefängniss verurtheilen. Eine Trinkerin muss nach dem Gesetze vor 2 Magistratspersonen persönlich erklären, dass sie ein Jahr in einem Institut zur Heilung der Trunksucht zu verweilen gedenke, und nur dann kann sie auf diese Zeit ihrer Freiheit beraubt werden. Schon lange hat man gefühlt, dass ein Gesetz,

welches den Polizeirichtern in dieser Hinsicht mehr Macht gibt, von dem Parlamente decretirt werden sollte. Seit Jahren wird es auch demselben in jeder Session vorgelegt, um schliesslich wieder ad acta gelegt zu werden, da die im Unter-, sowie auch im Oberhause stark vertretenen Brau- und Branntweinbrenner natürlich dagegen stimmen.

Mr. Ernest Hart, Redacteur des British Medical Journal, starb am 7. Januar in Brighton, wohin er sich seit einigen Monaten zur Verbesserung seiner Gesundheit zurückgezogen. Er hatte von seinem Vater, einem Zahnarzt im Westen London's, eine gute Erziehung erhalten. Seine anfängliche Absicht, in Cambridge Rechtspflege zu studiren, gab er bald auf, da die Schwierigkeiten, welche Juden auf den englischen Universitäten in den Weg gelegt wurden, damals noch ziemlich grosse waren. Er studirte in London Medicin, wurde im Jahre 1856 Member of the Royal College of Surgeons, und prakticirte ca. 10 Jahre als Chirurg, Augen- und Ohrenarzt. Darauf entsagte er der medicinischen Laufbahn und wurde Journalist. Auf diesem Gebiete waren seine Begabung, wie auch seine Erfolge vorzügliche. Das British Medical Journal und Association, denen er während der letzten 30 Jahre in unermüdlicher Weise als Redacteur resp. Secretär seine Kräfte widmete, haben ihm Grosses zu verdanken.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société d'ophthalmologie.

Sitzung vom 4. Januar 1898.

Ueber Natur und Behandlung des einfachen chronischen Glaucoms.

Während beim acuten, subacuten oder intermittirenden Glaucom die Iridectomie treffliche Resultate gibt, ist jeder derartige Eingriff beim einfachen chronischen Glaucom contraindicirt. Nach den Untersuchungen von Abadie ist die Ursache desselben eine ständige Excitation der vasodilatatorischen Augennerven, wie auch die Anwendung von Atropin und Eserin beweist: ersteres verschlimmert als gefässerweiterndes Mittel immer den glaucomatösen Zustand, während die gegentheiligen Mittel, Eserin und Pilocarpin, immer günstig wirken. Durch Vereinigung dieser beiden (Eserin sulfur. 0,05, Pilocarpin hydrochl. 0,05, Aqu. dest. ster. 20,0), alle 12 Stunden in das Auge eingeträufelt, gelang es A. in den meisten Fällen, einen völligen Stillstand in der Weiterentwicklung des Leidens zu erzielen. Da jedoch unbegrenzt lange diese Therapie fortgesetzt werden müsste, so räth er, direct auf die gefässerweiternden Nerven des Auges dadurch einzuwirken, dass der sie einschliessende Theil des Sympathicus resecirt wird. Bei einem seiner Kranken gelang es, dass nach Ausschneidung des beiderseitigen obersten Halsganglions der intraoculäre Druck bald zur Norm herabging und seitdem, trotz Aufhörens der obengenannten Instillationen sich nicht mehr hob. A. hofft, dass mit dieser Operation eine definitive Heilung des häufigen und schweren Leidens zu erzielen wäre und andererseits den zahlreichen Theorien über dasselbe ein Ende gesetzt werde.

In der folgenden Discussion heben Vignes und Chevallerau ebenfalls die Schädlichkeit eines directen Eingriffes beim chronischen Glaucom und die Nützlichkeit der Eserin-Pilocarpin-Instillationen hervor, Sulzer sah bessere Erfolge, wenn diese beiden Mittel nicht gleichzeitig, sondern nacheinander angewandt wurden; Antonelli erlebte jedoch auch damit manchen Misserfolg und legte besonderen Nachdruck auf die Allgemeinbehandlung, vor Allem jene des Verdauungscanales. Auch Abadie möchte nicht auf diese verzichten, zumal er all' diese Kranken für Arthritiker hält und im Speciellen die Diathese durch die geeigneten Mittel bekämpfen, diese aber doch der beschriebenen operativen Behandlung nur als Hilfsmittel beigegeben wissen.

Société de Chirurgie.

Sitzung vom 5. und 12. Januar 1898.

Ueber die perforirenden Geschwüre des Zwölffingerdarmes.

Schwartz berichtet über vier derartige Fälle, welche, worunter drei nach Laparotomie, tödtlich endeten. Diese Duodenalgeschwüre zeichnen sich durch keine pathognomonischen Merkmale aus, verursachen besonders schwere Haemorrhagien und septikaemische Peritonitis, wesshalb man im Allgemeinen operativ eingreift. Die Diagnose ist immer schwierig und meist dachte man an Darmverschluss, perforirendes Magengeschwür oder an Appendicitis. Colin hatte 262 Fälle von perforirenden Darmgeschwüren gesammelt und mit Ausnahme eines von einem englischen Arzte berichteten Falles sind alle Operirten gestorben.

Routier und Hartmann berichten über je einen weiteren Fall; bei dem ersten wurde die Diagnose Appendicitis gestellt, bei dem zweiten dieselbe offen gelassen. Bei letzterem wurde der Versuch gemacht, das nach der Laparotomie gefundene Geschwür zu vernähen, misslang aber; man musste sich auf die Drainage beschränken und Patientin starb nach 3½ Monaten an Kachexie. Im ersten Falle trat kurz nach der Operation der Tod ein und die Autopsie lehrte den Ursprung des Leidens.

Chirurgische Behandlung des Magengeschwüres.

Chaput beschreibt 5 Fälle von Magengeschwür, wovon einer mit Carcinom complicirt war und bei welchem er theils wegen anhaltender Schmerzen, Erbrechen, Haemorrhagien, theils wegen Perforationsperitonitis oder eiteriger Perigastritis die Laparotomie und entsprechende Magenoperation für angezeigt hielt. Zwei der Kranken unterlagen, bei den drei übrigen datirt die Heilung bereits über 2 Jahre zurück. Ch. macht auf die grossen Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Geschwür und Carcinom aufmerksam, da weder Schmerzen noch Haemorrhagien, noch das Fühlen eines Tumors, noch das kachektische Aussehen als pathognomische Zeichen des letzteren genügen und die chemische Untersuchung des Magensaftes keine sicheren Anhaltspunkte für das Vorhandensein eines Tumors gibt. Die Unbestimmtheit der Diagnose ist für Ch. ein Grund mehr zur Operation, wie ihm auch Stenosen und gewisse schwere Dyspepsien, welche jeder internen Behandlung trotzen, Veranlassung geben, die Gastroenterostomie vorzunehmen. St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Royal medical and chirurgical Society of London.

Sitzung vom 11. Januar 1898.

Fortsetzung der Discussion über die Prophylaxe des Abdominaltyphus.

Corfield bekämpft die Ausführungen Loore's, indem er darauf hinweist, dass seit Einführung des Waterclosets und der Canalisation die Typhussterblichkeit bedeutend zurückgegangen ist, das beste Beispiel dafür sei London. Er ist der Ansicht, dass die Infectionskeime durch Canalgase in Wasser und Luft übertragen werden können.

J. E. Squire machte im Sudanfeldzuge 1888 die Beobachtung, dass eine Verbreitung des Typhus in trockenen heissen Gegenden dadurch zu Stande kommt, dass durch den Wind die sehr rasch austrocknenden Faecalien zerstreut werden. Ein Infectionsmodus, der bei dem bereits erbrachten Nachweis der Infectiosität getrockneter Typhusbacillen sehr leicht möglich ist.

Fletcher-Little stellt folgende bei uns zum grössten Theile schon erfüllte Bedingungen einer zweckgemässen Typhusprophylaxe auf: Allgemeine Anzeigepflicht, pecuniäre Sicherstellung der durch die Krankheit betroffenen Erwerbsunfähigen, allgemeine Anwendung der Widal'schen Probe, das Reagens soll den Aerzten gratis geliefert werden. Unterstellung aller öffentlichen Gebäude und Einrichtungen, Bahnen etc. unter amtsärztliche Controle. Sanitätspolizeiliche Untersuchung der Canal- und Wasserleitungen sowie der gesammten Milchzufuhr und einzelner anderer Nahrungsmittel, z. B. des Schellfisches. Ausschliessliche Spitalbehandlung für Typhusfälle. Desinfection und Vernichtung der Dejecta.

C. T. Williams nimmt eine höhere Dispositionsfähigkeit der Angelsächsischen Race für Typhus an als der Italiener zum Beispiel. H. E. Durham verlangt zur Ausführung der Widal'schen Probe die Anwendung viel grösserer Verdünnungen als üblich und zwar von 1:1000 bis 1:10000 und 1:100000.

Horton Spencer empfiehlt die Desinfection der Stühle möglichst lange fortzusetzen, da selbst mehrere Wochen nach dem Fieberabfall noch Bacillen im Stuhle und Urin nachgewiesen werden konnten.

Ch. Childs führt als Beispiel des Einflusses systematisch durchgeführte Canalisation und gesunder Wasserzufuhr die bekannten Münchener Verhältnisse an; während früher die Typhussterblichkeitsziffer von München dreimal so gross war als die von England, beträgt sie jetzt, trotz des Abfalls der letzteren von 32 auf 17 pro 100000, nur mehr ein Drittel derselben.

Seymour Taylor weist bei aller Anerkennung der bacteriologischen Fortschritte doch darauf hin, dass der Typhus-Bacillus noch nicht der Typhus selbst sei und man desshalb auch die anderen klinischen Verhältnisse berücksichtigen müsse. F. L.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 26. Januar 1898.

Demonstrationen:

Herr **J. Joseph**: einen 36jährigen Mann mit **Riesenwuchs des linken Ohres;** dasselbe begann im 3. Decennium grösser zu werden, als das rechte und übertrifft dasselbe jetzt an Länge um 2 cm. Ausserdem leichter linksseitiger Exophthalmus und sehr starke Varicen am linken Beine.

Herr **Rosenstein**: Fall von **Luxation** der 2. Phalanx der grossen **Zehe.**

Herr **Pick**: Schnittpräparat aus der Portio einer an acuter Gonorrhoe leidenden Frau mit Bacterien in den Capillaren, welche P. als Gonococcen anspricht.

Tagesordnung:

Herr **J. Wolff: Ueber das Redressement des Buckels bei Spondylitis** (mit Demonstration von Kranken).

Vortragender streift zunächst die Geschichte dieser Operation, welche bereits von Hippocrates als eine uralte bezeichnet wird, und kommt auf die neueste Methode, die von Calot, zu sprechen. Calot, dessen vor ca. Jahresfrist veröffentlichten Erfolge sehr grosses Aufsehen erregt hatten, ging bekanntlich sehr brüske vor, er zerbrach die Wirbelsäule an der Stelle des Gibbus in zwei Theile und suchte sie dann in corrigirter Stellung wieder zusammen zu heilen. In zwei Fällen war er sogar so weit gegangen, aus Wirbelkörper und -Bögen keilförmige Stücke auszumeisseln, um eine bessere Correction zu erzielen. Die Resultate waren nach Calot's erster Publication und den Berichten der französischen Tagespresse glänzende. Doch die Enttäuschung liess nicht lange auf sich warten und 12 Todesfälle sind die einstweiligen bekannt gewordenen Opfer der Nachprüfung. Schon auf dem Moskauer Congress sprach sich, wie Wolff berichtet, Calot ganz anders, ja theilweise im entgegengesetzten Sinne, wie in der ersten Mittheilung, aus; und während er erst mit der grösstmöglichen Kraft einwirken wollte, rieth er dann zu grosser Vorsicht.

Das grosse Verdienst, welches sich trotzdem der französische Chirurg nach W.'s Ansicht erworben, beruhe darin, dass er die Möglichkeit eines energischen Vorgehens gezeigt habe.

Es lag nun der Versuch nahe, ob sich nicht mit solchem energischen Vorgehen die Methode der functionellen Orthopädie und der Etappenverbände vereinigen liesse und W. hat an einer grösseren Zahl von Buckligen im Laufe der letzten Monate dieses Verfahren angewendet. Es wird mit einiger Kraft der Gibbus — nur bei abgelaufenen Processen, nicht wie Calot wollte, auch bei frischen — etwas redressirt und ein Gipsverband gelegt; nach einigen Tagen wird die Correction verstärkt und ein entsprechender 2. Verband gelegt u. s. f. Vortragender hält dies Verfahren für sehr vielversprechend und demonstrirt die Resultate an einigen in Gipscorsetts steckenden Patienten. Er weist darauf hin, dass der wirkliche Erfolg nicht so gross ist, als es den Anschein hat, da nach Abnahme des Corsetts eine Steigerung des Gibbus sofort eintreten dürfte. Auf immer aber müsse man sich von dem Calot'schen Enthusiasmus einer Heilung fernhalten.

In analoger Weise suchte Vortragender dann auch die Skoliosen zu beeinflussen und er glaubt, auch hiemit günstige Resultate erzielen zu können.

Discussion. Herr Karewski verurtheilt ebenfalls das Calot'sche Verfahren, ist aber auch der Meinung, dass das Verfahren Wolff's nicht besser sei, als das früher schon geübte. Auch sei die Zeit, seit welcher die Wolff'schen Patienten in Behandlung stehen, eine viel zu kurze, um irgend ein Urtheil über vermeintliche Erfolge zuzulassen. H. K.

Verschiedenes.

Das Zeugniss eines Curpfuschers vor Gericht.

Das Württ. ärztl. Corr.-Blatt gibt den Bescheid bekannt, der dem Vorstande des ärztlichen Landesausschusses auf die Eingabe in Sachen der Anerkennung «ärztlicher», von nichtapprobirten Medicinalpersonen ausgestellter Zeugnisse bei gerichtlichen Verhandlungen vom K. Justizministerium zugegangen ist.

Stuttgart, den 5. Januar 1898.

Euer Hochwohlgeboren haben Namens des ärztlichen Landesvereines mit Eingabe vom 5. v. Mts. einen Fall zur Kenntniss des Justizministeriums gebracht, in welchem der Vorsitzende eines Schöffengerichtes (Ulm) ein einer nicht erschienenen Zeugin ausgestelltes «Zeugniss» eines «Vertreters der Naturheilkunde» in der Verhandlung des erkennenden Gerichtes zur Verlesung gebracht und das Gericht hierauf das Nichterscheinen der Zeugin als entschuldigt angesehen hat.

Die Eingabe bezeichnet das Verlesen dieses Zeugnisses und die Annahme desselben als «vollwerthige Entschuldigung» der Zeugin als im Interesse der Rechtspflege, des Publicums und des ärztlichen Standes sehr bedenklich, hält dafür, es sei darauf Bedacht zu nehmen, «eine derartige vorbehaltlose Zulassung von Quacksalberattesten von der gerichtlichen Procedur auszuschliessen», und gelangt von diesem Standpunkte aus zu der Bitte, es möchte «gegen derartige Uebelstände, sei es von Dienstaufsichtswegen, im concreten Fall, sei es durch generelle Dienstinstruction in geeigneter Weise Abhilfe geschaffen werden».

Das Justizministerium ist nicht in der Lage, diesem Gesuch eine entsprechende Folge zu geben.

Darüber, ob das Ausbleiben eines Zeugen nach § 50, Abs. 2 der Strafprocessordnung als genügend entschuldigt anzusehen ist, hat das Gericht nach freiem Ermessen zu entscheiden.

Es wäre ein gesetzlich unzulässiger Eingriff in die auf § 1 des Reichsgerichtsverfassungsgesetzes und § 93 der württembergischen Verfassungsurkunde beruhende Unabhängigkeit und Selbstständigkeit der Gerichte, wenn das Justizministerium als oberste Justizverwaltungsbehörde, sei es durch eine Dienstaufsichtsverfügung im einzelnen Fall, sei es im Wege einer allgemeinen Dienstinstruction, den Gerichten eine Vorschrift darüber ertheilen wollte, auf Grund welcher Thatsachen und Beweismittel sie das Erscheinen eines Zeugen als entschuldigt anzusehen haben.

(gez.) Breitling.

Dieser Bescheid ist so unbefriedigend, wie möglich. Die schroffe Abweisung, welche die Eingabe der ärztlichen Standesvertretung erfährt, legt die Annahme nahe, dass der Justizminister selbst die Auffassung des Gerichtes theilt. In Zukunft wird man es in Württemberg also leicht haben, sich einer unbequemen Zeugenaussage zu entziehen. Den Schaden davon werden weit weniger die Aerzte, als die Rechtspflege empfinden.

Therapeutische Notizen.

Werth der Elektricität bei der Behandlung der Ischias. Die Elektrotherapie ist durch Möbius in ziemlichen Misscredit gekommen. Stanowsky-Danzig dagegen hat von derselben, namentlich bei schweren Formen der Ischias, die jeder anderen Behandlung trotzten, glänzende Erfolge gesehen. Als das Resultat seiner langjährigen Experimente empfiehlt er die Anwendung des absteigenden galvanischen Stromes unter Vermeidung stärkerer Stromschwankungen mit Application der einen grossen Elektrodenplatte (30 : 20 cm) auf die Gegend vom Kreuzbein zum Trochanter major der kranken Seite, der anderen auf die Fusssohle, welche sie decken soll. Die Durchleitung des Stromes soll möglichst lange ½—1 Stunde stattfinden. Die Stromstärke soll so sein, dass Schmerzgefühl vermieden wird, in den ersten Sitzungen ca. 30 Milliampère, später ca. 8—10 Milliampère. Die mitgetheilten Krankengeschichten bestätigen den günstigen Erfolg. Ther. Beil. d. D. med. W. F. L.

Therapie der chronischen Cervicalgonorrhoe. Die bisher üblichen Methoden des Auswischens und Aetzens der Cervicalschleimhaut genügen in der Regel nicht, die tief im Gewebe sitzenden Gonococcen zu erreichen. Dagegen gelang es F. Lehmann-Berlin durch die Anwendung hohler Metalldilatatoren, die gleichzeitig ein? Druck- und Massagewirkung auf das infiltrirte Gewebe bedingten, die nachträgliche Anwendung der gewöhnlichen Aetzmittel (Chlorzink, Argonin, Argentum nitricum) in den meisten Fällen in kürzester Zeit erfolgreich zu gestalten. Selbstverständlich darf das Verfahren nur bei intactem Perimetrium und in chronischen Fällen zur Anwendung kommen. Die besten Erfolge wurden bei Nulliparae und sonst verhältnissmässig intactem Cervix erzielt. Die Anwendung der Dilatatoren fand wöchentlich einmal statt, je 5—10 Minuten lang nach vorausgehender Sodaausspülung und Auswischung des Canals. In manchen Fällen genügte eine 3 bis 4malige Wiederholung des Verfahrens zur endgiltigen Beseitigung des krankhaften Zustandes. Ibid. F. L.

Gefahren der Elektricität: In Philadephia wurde kürzlich ein Mann durch den elektrischen Strom auf folgende merkwürdige Weise getödtet. Er besah bei Regenwetter ein Auslagefenster und kam mit seinem Regenschirm in Berührung mit der über dem Fenster angebrachten Bogenlampe. Der Strom sprang von dem Metallrahmen der Lampe durch den Stahlstock des Schirmes auf den Körper über und ging durch den auf dem Trottoir angebrachten Eisendeckel eines Kohlenschachtes, auf welchen der Unglückliche zufällig zu stehen kam, in die Erde. Der Tod erfolgte augenblicklich Ein ganz ähnlicher Fall wurde schon vor drei Jahren aus New-York berichtet. F. L.

Das Orthoform als Anaestheticum hat sich Boisseau in der Augenheilkunde sehr gut bewährt. Nach Versuchen an Hunden, welche dazu dienten, die Wirkung des Orthoforms auf die Empfindlichkeit des Auges zu prüfen, zeigte sich in acht Fällen beim Menschen, dass das Mittel local ausgesprochen schmerzstillend wirkt, welche Eigenschaft lange, wenigstens 12 Stunden, nachhält und selbst bei fortgesetztem Gebrauahe keine üblen Nebenwirkungen zeigt. Der Anwendung des reinen Orthoforms ist die Salbenzusammensetzung vorzuziehen (mit Vaselin oder Lanolin). Lichtwitz hat ferner das Orthoform beim sog. Heufieber, der vaso-motorischen Rhinitis, in Anwendung gezogen und in drei Fällen, wovon bei einem schon nach einmaliger Insufflation des Pulvers in die Nasenhöhlen, Stillstand des Leidens erzielt. Dieses Mittel dürfte nach ihm berufen sein, für die ohne besondere Schädigung der Nasenhöhlen einhergehende vaso-motorische Rhinitis das wenig wirksame und gefährliche Cocain zu ersetzen. (Bulletin médical, No. 5 u. 7, 1898.) St.

Behandlung des Keuchhustens mit Asaprol-Moncorvo-Rio-de-Janeiro, welcher schon im Jahre 1883 auf die Anwendung von Resorcinlösung gegen den Keuchhusten in Form von Kehlkopfpinselungen hingewiesen hat, liess eine Reihe von bacteriologischen Untersuchungen in seinem Laboratorium anstellen, wonach Sublimat, Citronensäure, Resorcin und Benzonaphtol die einzigen Antiseptica sind, welche den Keim des Keuchhustens zu zerstören oder dessen Entwickelung zu hindern vermögen. Das lösliche Derivat des letztgenannten Mittels, das Asaprol, wurde in 26 Fällen von Keuchhusten bei Kindern von 1 Monat bis zu 9 Jahren in wässeriger Lösung (1:100) angewandt. Es wurde dieselbe unter Tags alle 2 Stunden vermittels eines feinen Pinsels auf die hintere Rachenwand und den Kehlkopfeingang aufgetragen, Anfangs erregen die Pinselungen natürlich Hustenanfälle, werden aber später sehr gut ertragen, besonders von den Säuglingen, und sind im Uebrigen absolut unschädlich. Die Heilung trat in den Fällen, wo die Behandlung frühzeitig nach dem Beginn der Erkrankung einsetzen konnte, meist in 3—5 Tagen, bei den älteren Fällen in 8, höchstens 12 Tagen ein. (La Médecine infantile, No. 1, 1898.) St.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 1. Februar. Nachdem die «Abtheilung für freie Arztwahl des ärztlichen Bezirksvereins München» sich gebildet hat, wird die freie Arztwahl bei der Münchener Ortskrankencasse III heute in's Leben treten. Der «Abtheilung» sind rund 250 Mitglieder des ärztlichen Bezirksvereins, darunter viele der gesuchtesten Aerzte Münchens, beigetreten; ferner wurden in dieselbe ca. 40 ausserhalb des Bezirksvereins stehende Aerzte, die sich zum Beitritt gemeldet hatten, aufgenommen; 5 Aerzte wurden beanstandet. Zum I. Vorsitzenden der Abtheilung wurde Herr Dr. A. Weiss, zum II. Vorsitzenden Herr Dr. Krecke gewählt. Den Cassenmitgliedern werden also in Zukunft gegen 300 Aerzte zur Verfügung stehen. Dieser ausserordentliche Erfolg ist nun nicht etwa besonders günstigen Bedingungen des Vertrags zuzuschreiben, die für die Aerzte ein Anreiz gewesen sein könnten, sich zur freien Arztwahl zu drängen, sondern er ist einzig und allein der Ausdruck des erfreulichen Gemeinsinnes der Mitglieder des Bezirksvereins, an den die Einladung der Vorstandschaft zum Beitritt in die Abtheilung nicht vergeblich appellirt hatte. Vielleicht dient der Casse diese Thatsache, sowie das Zahlenverhältniss der Mitglieder des Bezirksvereins zu den Nichtmitgliedern als Maassstab dafür, wie weit sie gekommen wäre, wenn sie die Einführung der freien Arztwahl, wie das ursprünglich beabsichtigt war, ohne, resp. gegen den Bezirksverein versucht hätte.

— Der Erlass des Cultusministers Dr. Bosse, den Gesetzentwurf über die ärztlichen Ehrengerichte betr., hat nicht verfehlt in den Reihen der preussischen Collegen einen Umschwung der Meinungen zu Gunsten des Entwurfs zu bewirken. Von Organen der ärztlichen Fachpresse, welche auf einen solchen Umschwung schliessen lassen, nennen wir neben der Berliner klin. Wochenschrift, die angesichts des ministeriellen Erlasses einen wesentlich freundlicheren Ton wie früher anschlägt, vor Allem die Berliner Aerzte-Correspondenz, das Organ des Geschäftsausschusses der Berliner ärztlichen Standesvereine. Dieselbe brachte zunächst (in No. 4) einen geradezu begeisterten Appell, dem Entwurf nach den Zugeständnissen des Ministers zuzustimmen, von Dreibholz, und gibt nun in ihrer neuesten Nummer zwar auch einer ablehnenden Stimme («in den Papierkorb mit dem Ehrengerichtsentwurf!»), im Anschluss daran aber wieder einem sehr versöhnlichen Artikel von Kossmann Raum. Wenn man sich des Alarmrufs erinnert, mit dem die Berliner Aerzte-Correspondenz s. Z. gegen den zweiten Entwurf sofort nach seiner Veröffentlichung auftrat, so ist der Stellungswechsel unverkennbar. Unter diesen Umständen darf man annehmen, dass auch der Aerztekammerausschuss, der gestern in Berlin zusammentrat. Beschlüsse gefasst hat, die weitere Verhandlungen mit dem Minister ermöglichen.

— Im Finanzausschuss der bayer. Abgeordnetenkammer wurde bei Berathung des Specialetats für Gesundheit von einigen Abgeordneten der Erlass einer neuen ärztlichen Gebührenordnung angeregt. Staatsminister v. Feilitzsch entgegnete darauf, dass eine Revision der bestehenden Gebührenordnung beabsichtigt sei. Eine solche, nach dem Muster der neuen preussischen Taxe, die sich gut bewährt, wird bekanntlich auch seitens der bayerischen Aerzte angestrebt. — Eine Mehrforderung von 4800 M. für einen Assistenten des Landgerichtsarztes beim Landgerichte München I und für einige honorirte bezirksärztliche Stellvertreter wurde genehmigt.

— Für die wissenschaftliche Erforschung der Maul- und Klauenseuche haben der Reichstag für das Etatsjahr 1897/98 35000 M, der preussische Landtag 20000 M. bewilligt. Diese Summen wurden dem Gesundheitsamt und dem preussischen Institut für Infectionskrankheiten überwiesen, in denen mit den Arbeiten nach einem im Gesundheitsamt aufgestellten einheitlichen Plan sofort begonnen wurde. Daneben erschien es zweckmässig, die praktischen Erfahrungen der Thierärzte über die Seuche in allen Theilen des Reiches zu sammeln, soweit sie nicht in den jährlichen amtlichen Viehseuchenberichten bereits mitgetheilt waren. Die Ergebnisse der bisherigen Forschungen sind einer am 14. d. M. im Gesundheitsamt zusammengetretenen Sondercommission von Landwirthen, Thierärzten und Bacteriologen dargelegt worden, worüber im Reichsanzeiger ausführlich berichtet wird. Danach haben die Forschungen im kaiserlichen Gesundheitsamt und im Institut für Infectionskrankheiten zunächst festgestellt, dass die in den letzten Jahren von vielen Beobachtern als Erreger der Seuche angesprochenen Mikroorganismen in ursächlichem Zusammenhang mit der Seuche nicht stehen. Insbesondere wurde dies auch bezüglich des Siegel'schen Bacillus und des von Kurth angegebenen Streptococcus erwiesen. Die in den beiden Laboratorien angestellten Versuche zur Ermittelung des Erregers der Maul- und Klauenseuche haben bisher zu einer positiven Lösung der Frage noch nicht geführt. Es hat sich gezeigt, dass die gebräuchlichen bacteriologischen Methoden, vielleicht sogar unsere technischen Hilfsmittel überhaupt hier nicht ausreichen. Die Forschungen sollen laut Beschluss der Sonderconferenz fortgesetzt werden.

— In der 2. Jahreswoche, vom 9. bis 15. Januar 1898, hatten von deutschen Städten über 40000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Flensburg mit 34,1, die geringste Karlsruhe mit 9,3 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Gleiwitz, Königshütte, Krefeld; an Diphtherie und Croup in Koblenz und Rostock.

— Pest. In der Stadt Bombay wurden in den 5 Wochen vom 24. November bis 28. December 1897 insgesammt 661, 681, 757, 808 und 949 Todesfälle festgestellt, davon an Pest 70, 83, 95, 158 und 200. In der Provinz Bombay zählte man in den 5 Wochen vom 20. November bis 24. December 2655 (1984), 2314 (1804), 2337 (1832), 2039 (1592) und 1620 (1358) Erkrankungen (Todesfälle) an Pest. An der hiernach festzustellenden Abnahme der Seuche war besonders der District Satara betheiligt, in welchem in der am 24. December endenden Woche 276 gegen 973 Personen in der am 19. November endenden Woche an der Seuche starben; in Poona Stadt sank die Zahl der Pesttodesfälle in demselben Zeitraum von 436 auf 250, in Poona District von 147 auf 79, in Surat von 173 in der am 19. November endenden Woche auf 77 in der Woche vom 27. November bis 3. December, stieg dann aber wieder in den folgenden Wochen auf 145, bezw. 110 und 119 Todesfälle. In Scholapur erreichte die Seuche in der am 10. December endenden Woche mit 558 Pestfällen und 482 Todesfällen ihren Höhepunkt und fiel dann in den folgenden 2 Wochen auf 379 bezw. 212 Pestfälle und 296 bezw. 229 Todesfälle. In Cutsch Mandri dürfte die Seuche dem Aussterben nahe sein. Der District Sind wies in den letzten 5 Wochen insgesammt 30 Pesttodesfälle auf. Eine geringe Zunahme erfuhren die Districte Belgaum, Thana, Ahmednagar, Chandeisch und die Nativestaaten Baroda, Kolhapur, Palanpur, Akalkot und Janjira. Insgesammt verstarben nach den amtlichen Angaben an der Pest seit ihrem Ausbruch 56,181 Personen. (V. d. K. G..A.)

— Wie amerikanische Blätter melden, steht die Einbringung eines Gesetzentwurfes, betreffend die Errichtung eines Gesundheitsamtes für die ganze Union nahe bevor. Es würde damit ein in medicinischen und pharmaceutischen Kreisen längst gehegter Wunsch endlich erfüllt werden. Bekanntlich besteht in jedem der zahlreichen Staaten der Union ein besonderes Board of Health, welches ohne jede Anlehnung an die Nachbarstaaten seine Anordnungen erlässt, so dass es in Nordamerika beinahe ebenso viel zum Theil recht abweichende Apotheker- und Medicinalgesetze gibt, wie Einzelstaaten vorhanden sind. Dem geplanten Gesundheitsamte soll nun ein «national commissioner of public health», d. h. ein besonderer Medicinalminister vorstehen, der die Medicinalverwaltung sämmtlicher Staaten einheitlich zu regeln und zu überwachen hätte. (Pharm. Ztg.)

— In Bezug auf die von Dr. F. C. Müller im hiesigen Journalisten- und Schriftstellerverein angeregte Gründung einer Volksheilstätte für Nervenkranke wird uns Folgendes mitgetheilt: In der Tagespresse sind über eine Berathung, welche in dieser Angelegenheit vor Kurzem statthatte, Mittheilungen veröffentlicht worden, welche geeignet sind, irrthümliche Anschauungen über den Stand des Projectes hervorzurufen. Nach den betreffenden Berichten könnte man glauben, dass das fragliche Unternehmen bereits so gut wie gesichert, der Ort für die zu errichtende Anstalt gewählt, über Organisation und Leitung derselben Bestimmungen getroffen seien. Hievon kann keine Rede sein. Nach Lage der Dinge konnten die an der Besprechung theilnehmenden Mitglieder des Journalisten- und Schriftstellervereins und die hiezu geladenen Aerzte lediglich über die Bildung eines Gründungscomité's beschliessen, welchem die in der Sache zunächst erforderlichen Schritte überlassen sind. Was das an sich jedenfalls sehr anerkennenswerthe Offert des Herrn Pfarrers Ringseisen betrifft, so steht noch völlig dahin, ob die von diesem für die Anstaltszwecke angebotenen Villen in Percha den in sanitärer Beziehung zu stellenden Anforderungen entsprechen und ob Herr R. geneigt ist, seinen Besitz unter Bedingungen zu überlassen, welche ienen unabhängigen und dauernden Anstaltsbetrieb gestatten.

Wie wir ferner hören, hat Dr. F. C. Müller in jener Versammlung eine Erklärung dafür geben zu müssen geglaubt, dass er unter Ignorirung der ärztlichen Vereine im Journalisten- und Schriftstellervereine mit seinen Vorschlägen bezüglich einer Volksheilstätte für Nervenkranke hervortrat. Als Grund seines Vorgehens bezeichnete er die völlige Interesselosigkeit der ärztlichen Kreise für seine humanitären Absichten, und er führte als Beleg

für letztere an, dass er auf seinen 1896 in den Münchener Neuesten Nachrichten veröffentlichten Artikel über Volksheilstätten etc. unter 100 Zuschriften nur eine von ärztlicher Seite erhielt. Wir müssen gegen die Unterstellung, welche Herr Müller an die seinem Artikel gegenüber völlig gerechtfertigte Zurückhaltung der Aerzte knüpft, Verwahrung einlegen. Der Arzt, welcher das Interesse seiner Collegen für eine Angelegenheit zu erregen oder zu erforschen wünscht, bedarf hiezu keineswegs der Tagespresse; ihm stehen hiefür die ärztlichen Vereine und die Fachpresse zu Gebote.

Herr Müller hat, obwohl ihm dies sicher bekannt ist, es verschmäht, seinen Standesgenossen seine Anstaltspläne in der einen oder anderen Weise zu unterbreiten und ihr Interesse hiefür zu erkunden, bevor er an die Vertreter der Tagespresse sich wandte. Wenn er nun trotzdem sich nicht scheute, den Vorwurf der Interesselosigkeit für seine humanitären Bestrebungen den Aerzten gegenüber zu erheben, so können wir dies nur als eine Taktik bzeichnen welche sein an sich schon den Standesrücksichten wenig entsprechendes Vorgehen in einem noch ungünstigeren Lichte erscheinen lässt.

(Hochschulnachrichten.) **Dresden.** Dr. A. Schlossmann habilitirte sich als Privatdocent an der technischen Hochschule. — **Leipzig.** Dr. Perthes, Hilfsarzt an der chirurg. Klinik und Poliklinik, habilitirte sich als Privatdocent. — **München** Vom 1. Febr. d. J. ab wurde der a. o. Universitätsprofessor Dr. Carl Posselt unter allerhuldvollster Anerkennung seiner langjährigen, ersprieslichen Thätigkeit, seiner Bitte entsprechend, von der Function eines o. Beisitzers des Medicinalcomités an der Universität München enthoben, die hierdurch sich erledigende Stelle eines o. Beisitzers des Medicinalcomités an der Universität München dem Obermedicinalrathe, Generalarzte I. Cl. à la suite, o. Universitätsdrofessor Dr. Ottmar Angerer übertragen, die erledigte Stelle eines 3. Suppleanten des genannten Medicinalcomités dem Privatdocenten und Assistenten am pathologischen Institut zu München Dr. Hermann Dürck übertragen und als Suppleant des a. o. mit den chemischen Untersuchungen in gerichtlichen Fällen betrauten Beisitzers des Medicinalcomités an der Universität München der Assistent am pharmaceutischen Institute und Laboratorium für angewandte Chemie zu München Dr. Carl Mai berufen.

Krakau. Dr. Ciechanowski habilitirte sich als Privatdocent für pathologische Anatomie. — **Leeds.** Dr R. N. Hartley wurde als Professor auf den neu errichteten Lehrstuhl für Hygiene am Yorkshire College berufen. — **Lemberg.** Dr. Gabryscewsky habilitirte sich für Chirurgie. — **Modena.** Der a. o. Professor der chirurgischen Klinik Dr. G. Ruggi wurde zum o. Professor ernannt. — **Moskau.** Der a. o. Professor der inneren Medicin Dr. W. D. Schewinsky wurde zum o. Professor ernannt. — **Neapel.** Dr. August von Luzenberger habilitirte sich als Privatdocent für Neuropathologie; Dr. Boeri für mechanische Pathologie; Dr Sorrentino für chirurgische Pathologie; Dr. Grimaldi für Psychiatrie. — **New-York.** Dr. J. Collins wurde an Stelle des zurückgetretenen Dr. Dana zum Professor der Neurologie und Psychiatrie ernannt. — **Padua.** Der a. o. Professor der chirurgischen Pathologie Dr. E. Tricomi wurde zum o. Professor ernannt. — **Petersburg.** Der Privatdocent für Pädiatrie an der militärärztlichen Akademie Dr. Gundobin wurde zum a. o. Professor ernannt. — **Rom.** Habilitirt: Dr. F. Ghilarducci für Neurologie, Dr. O. Margarucci für Chirurgie. — **Turin.** Habilitirt: Dr. Dr. Nicolai für Oto-Rhino-Laryngologie, Bordoni-Uffreduzzi für Hygiene. — **Wien.** Dr. K. Ewald habilitirte sich für Chirurgie. — **Zürich.** In der medicinischen Facultät der hiesigen Hochschule hat sich Dr. M. Cloetta für das Fach der Pharmakologie habilitirt.

(Todesfälle.) In Heidelberg starb der Director des pharmakologischen Institutes, Professor W. v. Schröder.

In Paris starb der Chirurg Jules Emil Péan, Mitglied der Akademie der Medicin. Mit ihm verliert Frankreich einen seiner ersten Chirurgen.

In Lausanne starb der Professor der Hygiene Dr. Karl Nicolas.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. Heinrich Pinggéra, appr. 1897, in München; Ludwig Eckhard, appr. 1892, in München; Dr. Gustav Krochl, appr. 1894, in Schesslitz; Dr. Hans Koschella, appr. 1894, in Schwarzenfeld, B.-A Nabburg; Dr. Adolf Braun, appr. 1897, in Bergtheim, B.-A. Würzburg; Dr. W. Floer in Würzburg.

Verzogen: Dr. Lochner von Pfründ (Nabburg) nach Holzen bei Wertingen.

Ruhestandversetzung: Der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Hermann Vogel in München wurde seiner Bitte entsprechend in den dauernden Ruhestand versetzt und demselben in Anerkennung seiner langjährigen, treuen, ausgezeichneten Dienstleistung der Titel und Rang eines k. Obermedicinalrathes verliehen.

Befördert: Zum Kreismedicinalrathe bei der k. Regierung, Kammer des Innern, von Oberbayern der k. Bezirksarzt I. Classe, Medicinalrath Dr. Friedrich Ernst Aub in München.

Abschied bewilligt: den Assistenzärzten I. Cl. Dr. Joseph Sandtner (Vilshofen) und Dr. Richard Kluge (Hof), beide von der Landwehr 1. Aufgebots, dann Dr. Ferdinand Beutner (Ansbach) von der Landwehr 2. Aufgebots.

Gestorben: Dr. Adolf Dürkmann, bezirksärztlicher Stellvertreter in Schesslitz, 49 Jahre alt. Dr. F. Roth in Oettingen. Dr. Alois Rosner, k. Bezirksarzt II. Cl., herzogl. b. Hofrath, 74 J. alt, in Tegernsee.

Bekanntmachung.

Die in Verbindung mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamte errichtete ständige Commission zur Bearbeitung des Arzneibuches ist gegenwärtig mit den Vorbereitungen zu einer neuen Ausgabe des Werkes beschäftigt. Die nächste Aufgabe der Commission besteht in der Sammlung des einschlägigen Materials, um dasselbe weiterhin zu sichten und zu prüfen. An die sich für die Angelegenheit interessirenden Herren Aerzte und Apotheker richte ich ergebenst das Ersuchen, ihre Wünsche betreffs der Neuausgabe des Arzneibuches zu äussern, insonderheit die, welche die Aufnahme neuer Mittel oder die Streichung von officinellen Mitteln angehen. Die Einsendung bezüglicher Vorschläge an den Unterzeichneten wird mit Dank erkannt werden.

Berlin, den 22. Januar 1898.

Der Director des Kaiserlichen Gesundheitsamtes.

Köhler,
Wirklicher Geheimer Ober-Regierungsrath.

Correspondenz.

Zum Gesetzesvorschlag von Michigan.

Lengerich i/W., 23. Januar 1898.

Als ich in Nr. 1 dieser Wochenschrift Verwahrung dagegen einlegte, dass die Castration als Schutzmittel der Gesellschaft gegen Imbecille, Epileptiker und Verbrecher vom wissenschaftlichen Standpunkte aus empfohlen werden könne, glaubte ich ein gutes Werk zu thun, und Nichts konnte ich weniger erwarten, als dass ich einen Mann der Wissenschaft von anerkanntem Ruf zu einer Gegenerklärung veranlassen, dass ein Mann wie Professor Forel jenen Barbarismus, wie ich es nannte, vertheidigen würde. Die Sache ist dadurch in meinen Augen jetzt natürlich gerade erst schlimm geworden. Ich dachte, dass nun am besten mit einigem Humor über die im Grunde ernstlich nicht discutable Frage hinwegzukommen sei, denn es schien mir, dass, wenn man die Castration im Rahmen der Rechtspflege — es handelte sich ja um einen theils administrativen, theils strafrechtlichen Gesetzesvorschlag im Staate Michigan — zur Anwendung empfehlen könnte, man ebenso gut vorschlagen dürfte, man möge jene unglücklichen und verbrecherischen Menschen durch Morphium sanft und sicher aus der Welt schaffen. Die angeregte Frage ist eben guten Theils Sache des Gefühls, und darüber lässt sich, wie über den Geschmack, schwer streiten. Mit anderen Worten — und das ist zunächst zu beachten — es liegt hier viel mehr eine Frage der Gesittung und des allgemeinen Rechtsgefühls als der Wissenschaft vor. Da sollte man sich wenigstens aller Zurückhaltung befleissigen. Ich bin zwar der Letzten Einer, welche der Wissenschaft verwehren wollen, aus ihrem Bereiche der Forschung und Lehre auch, wenn's noth thut, herauszutreten und den Männern der Verwaltung und Rechtspflege den Weg zu zeigen, auf welchem sie ihre Ziele am besten erreichen können. Aber bisher war es ein Ruhmestitel der Wissenschaft, dass dies stets im Sinne der Humanität und der Freiheit geschah, und diesen Sinn kann ich in der besagten Empfehlung der Castration mit dem besten Willen nicht erblicken.

Um also denn doch zur Erklärung der Sache gegenüber Herrn Professor Forel das Wesentliche hervorzuheben: Die Frage, ob es zulässig sei, die Castration zur Heilung gewisser psychischer Krankheitszustände anzuwenden, hat mit dem Gesetzesvorschlag in Michigan nichts zu thun. Die Leute von Michigan wollen gewisse Degenerirte, Epileptiker und Gewohnheitsverbrecher nicht curiren, sondern sie wollen sich der Plage, welche jene ihnen bereiten, dadurch entledigen, dass sie ihnen mit dem Messer die Zeugungskraft rauben. Das ist ein barbarisches Strafmittel, ein Mittel, welches schon wegen seiner unabsehbaren Wirkung auf Geist und Körper und wegen seiner Unwiderruflichkeit roher und härter erscheinen muss, als die Prügelstrafe und die härtesten Freiheitsstrafen jemals gewesen sind. Zu denken, ob vielleicht eines von diesen Individuen es vorziehen könnte, castrirt zu werden, als lebenslänglich eingesperrt zu sein, ist meines Erachtens ganz unerheblich für die Frage. Auch mit dem Willen jener Unglücklichen würde ihre Castration unser Gefühl verletzen. Thatsächlich werden die Dinge aber auch nie so liegen, dass jene Menschen vor diese Frage gestellt werden könnten. Denn einestheils sind jene Menschen nicht immer urtheilsfähig, anderntheils werden sie stets an der Hoffnung festhalten, auch ohne Operation noch einmal der Freiheit theilhaftig zu werden, sofern ihnen ihre relative aber geschützte Unfreiheit nicht lieber gemacht werden sollte, als ihre ungeschützte Freiheit. Die Mehrzahl dieser Menschen bedarf aber auch der anstaltsartigen Verpflegung nicht sowohl wegen ihrer Fortpflanzungsfähigkeit als wegen ihrer störenden Eigenschaften und ihrer Hilfslosigkeit, welche durch die Castration nicht gehoben

werden. Die Uebrigen kann man aber sehr wohl überwachen und erträglich unterbringen.

Ich denke, dass wir genug zu thun haben, wenn wir die Gesetzgebung auf dem Wege der modernen criminologischen Bestrebungen vorwärts bringen helfen, welche davon ausgehen, dass das Verbrechen eine natürliche sociale und grossentheils pathologische Erscheinung ist, und welche desshalb auf eine umfassende, social vorbeugende und individuell erziehende und pflegende Behandlung der defecten und verbrecherischen Menschen abzielen. Den Weisen von Michigan möchte ich aber eine bessere Utopie als die ihrige entgegen halten, eine Utopie, welche auch unter der Sonne Amerikas erwachsen ist, nämlich diejenige Bellamy's, in dessen neuem Buche: «Gleichheit» es S. 442 heisst: «Desshalb schritt man in der neuen Ordnung mit reinem Gewissen dazu, den Lasterhaften und den Verbrecher (den von Natur «Verkrüppelten») als moralisch unzurechnungsfähig zu behandeln. Man schickte sie an gesicherte Orte, wo sie ihr Leben verbringen sollten, nicht zur Strafe oder unter Mühsal und Beschwerden irgend einer Art, sondern nur mit ausreichender Arbeit für ihren Lebensunterhalt, und es war ihnen (eben allein auf diese Weise) gänzlich unmöglich gemacht, ihre Gattung fortzupflanzen.»

Wenn die Michiganer den Muth wissenschaftlichen Fortschritts bethätigen wollen, so mögen sie dieses Princip ihres Landmannes befolgen und bedenken, dass man den Unzurechnungsfähigen auf die mildeste Art behandeln muss. Sie mögen es auch getrost mit dem praktischen Vorschlag des Utopisten Bellamy versuchen, Colonien anzulegen; sie werden damit im Verein mit anderer geeigneter Fürsorge der Leiden schon Herr werden, welche sie von jenen Unglücklichen zu erdulden haben. Schaefer.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 3. **Jahreswoche** vom 16. bis 22. Januar 1898.

Betheil. Aerzte 410. — Brechdurchfall 17 (8), Diphtherie, Croup 49 (51), Erysipelas 7 (12), Intermittens, Neuralgia interm. — (1), Kindbettfieber 2 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 112 (101), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 2 (3), Parotitis epidem. 8 (7), Pneumonia crouposa 23 (15), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 32 (31), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 23 (17), Tussis convulsiva 16 (15), Typhus abdominalis — (1) Varicellen 18 (36), Variola, Variolois — (—). Summa 310 (299).

Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 3. Jahreswoche vom 16. bis 22. Januar 1898.

Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern 3 (6*), Scharlach 1 (1), Diphtherie und Croup 10 (6), Rothlauf — (1), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 1 (3), Unterleibstyphus — (1), Keuchhusten 3 (6), Croupöse Lungenentzündung 2 (4), Tuberculose a) der Lungen 20 (33), b) der übrigen Organe 7 (4), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 6 (3), Unglücksfälle 3 (2), Selbstmord 2 (1), Tod durch fremde Hand 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 185 (219), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 22,4 (26,5), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 15,5 (17,1), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 13,3 (14,1).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: November[1]) und December 1897.

Regierungsbezirke bezw. Städte mit über 30,000 Einwohnern	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens, Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebrospin.		Morbilli		Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica		Pneumonia crouposa		Pyaemie, Septicaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)		Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte
	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.	N.	D.
Oberbayern	186	153	256	254	94	99	35	49	9	12	—	1	1089	1347	24	39	54	54	220	230	5	12	132	217	1	1	93	114	262	220	53	14	154	205	—	—	728	518
Niederbay.	46	53	80	46	32	33	18	17	1	9	1	2	21	16	2	4	6	5	129	121	2	2	60	56	3	2	38	24	29	28	18	15	22	21	—	—	178	93
Pfalz	95	46	218	206	22	55	5	3	4	4	—	1	240	119	1	4	45	38	130	154	2	3	46	72	5	3	54	43	25	42	22	25	19	30	—	—	251	124
Oberpfalz	49	25	66	56	41	22	12	11	3	4	1	—	274	255	2	—	2	31	130	111	5	2	49	41	—	—	4	17	64	50	7	5	15	23	—	—	137	87
Oberfrank.	26	38	147	156	18	43	—	6	—	6	1	—	73	195	—	—	4	31	172	156	3	2	33	46	—	—	59	108	28	71	11	12	32	52	—	—	174	122
Mittelfrank.	71	31	165	92	71	31	7	9	5	2	2	—	25	8	—	2	42	27	244	223	3	5	84	58	—	1	136	83	69	52	15	6	34	17	—	—	298	97
Unterfrank.	42	15	89	111	19	30	—	2	2	5	2	1	80	96	2	—	2	1	127	133	1	2	20	29	—	—	11	18	49	73	11	10	28	44	—	—	284	133
Schwaben	97	79	94	170	56	46	9	11	2	2	—	—	219	250	10	5	1	6	170	167	5	5	61	87	—	—	36	44	89	88	13	19	47	50	—	—	263	207
Summe	612	440	1118	1099	352	359	86	108	26	44	7	5	2021	2286	41	54	155	195	1381	1395	26	35	534	605	9	7	435	453	615	624	150	106	351	412	—	—	2313	1381 [2])
Augsburg[3])	13	5	22	25	11	12	2	1	—	1	—	—	56	85	4	2	—	2	17	34	1	—	11	24	—	—	13	19	21	33	—	1	30	23	—	—	66	59
Bamberg	—	2	22	19	1	5	—	3	—	1	—	—	—	5	—	—	—	—	7	7	1	—	3	1	—	—	8	10	—	2	—	—	20	41	—	—	34	18
Fürth	5	2	10	13	8	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	16	25	—	1	11	12	—	—	10	20	2	1	—	—	2	4	—	—	26	9
Kaiserslaut.	3	5	20	12	1	3	2	1	2	—	—	—	2	5	—	—	—	1	3	5	—	—	5	2	—	—	2	—	2	1	2	5	—	—	—	—	16	5
Ludwigshaf	10	.	4	.	3	.	—	.	—	.	—	.	1	.	—	.	2	.	4	.	—	.	5	.	—	.	—	.	—	.	—	.	—	.	—	.	14	.
München[3])	59	61	144	151	36	53	5	3	5	10	—	—	876	1032	15	34	8	21	73	78	2	2	80	109	—	—	69	91	93	104	7	1	112	136	—	—	435	410
Nürnberg	26	.	73	.	24	.	2	.	1	.	—	.	11	.	—	.	35	.	48	.	—	.	30	.	—	.	75	.	9	.	2	.	25	.	—	.	115	.
Regensburg	16	4	17	11	8	4	5	1	1	1	—	—	57	41	2	—	2	2	14	8	—	2	11	8	—	—	—	1	1	1	2	—	10	9	—	—	39	35
Würzburg	9	6	17	22	8	5	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	12	24	—	—	4	9	—	—	5	15	62	5	5	11	22	—	—	79	30

Bevölkerungsziffern: Oberbayern 1,186,950, Niederbayern 673,523, Pfalz 765,991, Oberpfalz 546,834, Oberfranken 586,061, Mittelfranken 737,181, Unterfranken 632,584, Schwaben 689,416. — Augsburg 81,896, Bamberg 38,940, Fürth 46,726, Kaiserslautern 40,828, Ludwigshafen 39,799, München 407,307, Nürnberg 162,386, Regensburg 41,471, Würzburg 68,747.

Einsendungen fehlen aus den Städten Ludwigshafen und Nürnberg und den Aemtern Friedberg, Rosenheim, Bogen, Dingolfing, Grafenau, Griesbach, Wegscheid, Neuburg v. W., Ansbach, Gunzenhausen, Neustadt a. H., Uffenheim, Lohr, Marktheidenfeld, Obernburg, Kempten und Oberdorf.

Höhere Erkrankungszahlen (ausser von obigen Städten) werden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten:

Diphtherie, Croup: Fortsetzung der Epidemie in Mainburg (Rottenburg) — 21 und in der Stadt Pirmasens — 48 behandelte Fälle; ausgebreitete Epidemie (neben Scarlatina) bei mildem Verlaufe in Dürrwangen (Dinkelsbühl), Schulschluss wegen Diphtherie in Sesslach und Umgebung (Staffelstein), ferner wegen Diphtherie und Scarlatina in Arnstein (Karlstadt) — hier 20 behandelte Fälle. Stadt- und Landbezirk Bayreuth 24, Aemter Donauwörth 24, Hersbruck 23, Gemeinde Behlingen (Krumbach) 12 behandelte Fälle.

Intermittens, Neuralgia interm.: Aerztlicher Bezirk Penzberg (Weilheim) 23 behandelte Fälle.

Morbilli: Starke Ausbreitung der im November in Berchtesgaden eingebrachten Epidemie — 206 Fälle gemeldet; Steigerung der Epidemie in Waldthurn (Vohenstrauss) und Umgebung — 130 Fälle; im Amte Staatsteinach Verbreitung der Epidemie über 4 weitere Orte, wovon in 3 Schulschluss; auch im Amte Naila noch starke Ausdehnung, gutartig, 58 behandelte Fälle, desgleichen im Stadt- und Landbezirke Nördlingen; Epidemie im Amte Landau i. Pf. neu aufgetreten in Nussdorf und Oberhochstadt. Epidemien ferner in der Stadt Landsberg, im Schulbezirke Reithofen (Erding), in der Stadt Wasserburg (Schulschluss, nachdem in der untersten Mädchenclasse 28 erkrankt), in Oberlauringen (Königshofen), in Ottorfszell (Miltenberg), in 3 Gemeinden des Amtes Neustadt a. S. (gutartig, keinerlei ärztliche Hilfe beansprucht), in 3 Gemeinden des Amtes Schweinfurt, in Königsbrunn (Augsburg), in der Stadt Füssen. Epidemie in Bronn und Hochstahl (Ebermannstadt) erloschen. Stadt Hof 72, ärztlicher Bezirk Gundelfingen (Dillingen) 55, Bezirksamt Ingolstadt 43 behandelte Fälle (hievon 18 in Reichertshofen), Stadt Pirmasens 24 Fälle, auch 5 von Rubeola.

Parotitis epidemica: Steigerung der Epidemie in Dinkelsbühl, mindestens ein Dritttheil der Kinder von 3—9 Jahren befallen; auch in den ärztlichen Bezirken Hausham und Holzkirchen (Miesbach) noch gehäufte Fälle, 22 ärztlich behandelt. Epidemisches Auftreten ferner in beiden Amtsgerichtsbezirken des Amtes Hilpoltstein, sowie in Aubstadt (Königshofen). Bezirksamt Nabburg 26, Stadt Hof 25 behandelte Fälle.

Pneumonia crouposa: Im Bezirke Reichenhall bei Kindern unter 1 Jahre häufig mit letalem Ausgange. Bezirksamt Pirmasens 42, Stadt Erlangen 43 behandelte Fälle.

Scarlatina: Fortsetzung der Epidemie in Schwabach — 44 behandelte Fälle; Bezirksamt Münchberg 32 Fälle.

Tussis convulsiva: Fortsetzung der Epidemie in Georgensgmünd (Schwabach), ferner (neben Morbillis) in der Stadt Landsberg; Schulschluss wegen Epidemie in Pirnbach (Gerolzhofen).

Typhus abdominalis: In Hohenfurch und Kinsau (Schongau) noch 6 Fälle; Aemter Mindelheim 17, Zweibrücken und Lichtenfels je 7, Eggenfelden und Gemeinde Saal (Kehlheim) je 6 Fälle.

Varicellen: Noch verbreitet im ärztlichen Bezirke Penzberg (Weilheim), ferner im Amtsgerichtsbezirke Reichenhall (Berchtesgaden) — 25 behandelte Fälle.

Influenza: Zahlreiche Fälle im Amte Erding und in der Stadt Neu-Ulm; 23 schwere, mit Ohrenaffectionen complicirte Fälle im ärztlichen Bezirke Lauingen (Dillingen); im Amtsbezirke Cham Fälle mit schweren gastrischen, im Amtsbezirke Furth i. W. in der ersten Decemberhälfte noch 11 Fälle mit Brust- und Gehirnerscheinungen in Behandlung. Stadt Augsburg 51, ärztliche Bezirke Neuötting 31, Reichertshofen 15 behandelte Fälle. — In Tölz kamen in mehreren Familien Fälle von Impetigo contag. zur Beobachtung.

Im Interesse möglichster Vollständigkeit vorliegender Statistik wird um zahlreiche regelmässige und rechtzeitige Einsendungen (bis längstens 18. jeden Monats) dringend ersucht. Insbesondere wäre auch bei Einsendung von sog. Sammelkarten deren Abschluss bis längstens 15. des Monats wünschenswerth, da sonst das epidemische Auftreten von Krankheiten, bezüglich deren keine gesonderte Anzeigepflicht besteht, stets zu spät zur amtlichen Kenntniss gelangt; bis 15. nicht eingelaufene Anzeigen wollen auf der Karte für den folgenden Monat als Nachträge in irgend welcher Weise ersichtlich gemacht werden. Ferner wären aufgetretene Epidemien sowohl in den einzelnen als in Sammelberichten in Kürze (z. B. Beginn. Morb.-Ep. in ...., Scarl.-Ep., Höhe, in ....., Tuss.-Ep. in ..... erloschen etc.) zu verzeichnen, da die Zahlen der behandelten Erkrankungsfälle für sich allein häufig keinen Anhaltspunkt dafür bieten.

Bezüglich der Fälle aus der sog. Grenzpraxis dürfte sich empfehlen, solche entweder direct dem einschlägigen Amtsarzte mitzutheilen oder, wenn sie in die eigene Karte Aufnahme finden sollen, gesondert (unter «Bemerkungen») mit Angabe des betreffenden Amtes vorzutragen.

Nachträge aus dem Jahre 1897, ausgeschieden nach Monaten, können für die Zusammenstellung für das Jahr 1897 nur mehr Verwendung finden, falls sie bis längstens 15. Februar zur Einsendung gelangen.

Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten, welche sich im Bedarfsfalle unter Angabe der Zahl der sich betheiligenden Aerzte an das K. Statistische Bureau wenden wollen.

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (No. 1) eingelaufener Nachträge. — [2]) Im Monat November einschliesslich der Nachträge 1537. — [3]) 44. mit 47. bezw. 48. mit 52. Jahreswoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.